

سيكولوجية الأطفال غير العاديين

مقدمة في التربية الخاصة

تأليف

أ. د. فاروق الروسان

كلية العلوم التربوية - قسم الإرشاد والتربية الخاصة

سيكولوجية الأطفال غير العاديين

مقدمة في التربية الخاصة

تأليف

أ. د. فاروق الروسان

كلية العلوم التربوية - قسم الإرشاد والتربية الخاصة

الطبعة الثالثة

١٩٩٨ - ١٤١٩



الاهـــداء

الى ينابيع المحبة التي لا تنضب :

يزن (١٩٧٧) ورزان (١٩٨٣) وسما (١٩٨٨) وهبة (١٩٩١)

الفهرس

تمهيد وشكر

تمهيد وشكر

يعتبر موضوع التربية الخاصة، من الموضوعات المطروقة حديثاً وبشكل علمي في الجامعات وكليات المجتمع، خاصة وأن مظلة التربية الخاصة تشمل عدداً من فئات الأطفال غير العاديين، مثل: الموهوبين، وذوي صعوبات التعلم، وذوي الاضطرابات اللغوية، والمعوقين عقلياً، وبصرياً، وسمعياً، وحركياً، وانفعالياً، حيث تشكل هذه الفئات نسبة لا يستهان بها في أي مجتمع ،قد تتراوح ما بين ٣٪ إلى ١٠٪.

يهدف هذا الكتاب إلى تعريف القارىء المهتم بموضوع التربية الخاصة بفئات الأطفال غير العاديين في المجتمع، من حيث نسبة هذه الفئات، وأسباب ظهورها، وطرائق قياسها وتشخيصها، والخصائص السلوكية المميزة لها، والبرامج التربوية الخاصة بها؛ وذلك من أجل التعرف إلى الطرائق المناسبة للتعامل معها وتوجيهها إلى المكان الأنسب لها.

ولقد جاء هذا الكتاب بعد عامين من العمل الدؤوب، وبعد سبع سنوات من تدريس موضوعه في كلية التربية بالجامعة الأردنية، وذلك ليسد النقص الواضح في المكتبة العربية في مجال التربية الخاصة.

ويتقدم مؤلف هذا الكتاب بالشكر الجزيل إلى كل الذين ساهموا في عملية إعداده وإخراجه وخاصة الآنسة عائشة يوسف، سكرتيرة قسم علم النفس، على طباعتها لمسودات هذا الكتاب وإلى الأستاذ تيسير صبحي لمساعدته في إخراجه، وإلى أسرة مطبعة جمعية عمال المطابع التعاونية على تنضيدها وطباعتها لهذا الكتاب.

كمـا يأمـل مؤلف هذا الكتـاب من المعنيين بأمـور التـربيـة الخـاصـة، أن يزودوه بمـلاحظـاتهم واقتـراحاتهم حول مادة هذا الكتاب عسى أن يتم تلافي ما فيه من ثغرات، شاكراً لهم تعاونهم.

المؤلف

الأستاذ الدكتور فاروق الروسان

عمان في ١٥/ ٧/ ١٩٨٩

□□□□□

مقدمة الطبعة الثالثة

ظهرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب في عام 1989 وقد نفدت تلك الطبعة منذ أعوام، حيث استمرت الحاجة إلى مثل هذا الكتاب للمهتمين والدارسين نظراً للموضوعات التي يغطيها في مجال التربية الخاصة.

وقد تضمن الكتاب في طبعته الثانية (1996) نفس الموضوعات التي تضمنتها الطبعة الأولى مع عدد من الإضافات تمثلت في تحديث بعض الإحصائيات والدراسات والأبحاث التي أجريت في السنوات الخمس الأخيرة في الفصل الأول، وإقامة بعض الدراسات العربية في الفصل الثالث وإقامة بعض الدراسات الأردنية في الفصل السادس من هذا الكتاب.

وعلى ذلك ظهر الكتاب في طبعته الثالثة مزيداً ومنقحاً عمّا كان عليه في الطبعة الأولى، ويهدف هذا الكتاب، إلى تعريف القارئ المهتم، والدارس المختص بعدد من فئات الأطفال غير العاديين كالأطفال الموهوبين وذوي صعوبات التعلم وذوي الاضطرابات اللغوية، وذوي الاضطرابات الانفعالية، والمعاقين عقلياً وسمعياً وبصرياً وحركياً، وأود بهذه المناسبة أن أنوه إلى أن موضوع التربية الخاصة موضوع يهتم بكل فئات الأطفال غير العاديين، وذلك تصحيحاً لمفهوم خاطئ لدى البعض والذي يشير إلى ارتباط موضوع التربية الخاصة بفئات الأطفال المعاقين فقط.

يتقدم مؤلف هذا الكتاب بالشكر الجزيل إلى كل الذين ساهموا في عملية إعداده وإخراجه، وخاصة الطبعة الأولى منه، وأخصّ بالذكر السيدة عائشة يوسف سكرتيرة قسم علم النفس سابقاً (1989) والأستاذ تيسير صبحي لمساعدته في إخراجه (1989)، وإلى أسرة دار الفكر للنشر والتوزيع لمبادرتها في إخراج ونشر هذا الكتاب بطبعته الجديدة ممثلة بمديرها العام الأستاذ محمود جبر.

كما يأمل مؤلف الكتاب من المعنيين بأمور التربية الخاصة أن يزودوه بملاحظاتهم واقتراحاتهم حول مادة هذا الكتاب في حلته الجديدة عسى أن يتم تلافي ما فيه من ثغرات شاكراً لهم تعاونهم.

المؤلف

الأستاذ الدكتور فاروق الروسان

عمان في 1998/6/22

الفصل الأول

مقدمة في التربية الخاصة

- مقدمـــــة.
- مفهوم التربية الخاصة.
- أهداف التربية الخاصة.
- تاريخ التربية الخاصة.
- تطور ميدان التربية الخاصة.
- حجم مشكلة الأفراد غير العاديين.
- حجم مشكلة الإعاقة في الدول العربية.
- جمعيات ومؤسسات التربية الخاصة في الدول العربية
- منظمات وجمعيات التربية الخاصة الأكاديمية.
- التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة.

الفصل الأول
مقدمة في التربية الخاصة

مقدمـــــــة :

يعتبر موضوع التربية الخاصة (Special Education) من الموضوعات الحديثة في ميـدان التـربيـة وعلم النفس، مقـارنـة مع المـوضوعات المطروقة في ميدان التربية وعلم النفس كمـوضـوع علم نفس النمـو، وعلم النفس التـربـوي، وعلم النفس الاجتمـاعي . . . الـخ . إذ تعـود البـدايات العلمية المنظمة لهذا الموضوع إلى النصف الثاني من هذا القـرن . ويجمـع موضـوع التـربية الخاصة بين عدد من العلوم إذ تمتد جذوره إلى ميادين علم النفس والتـربيـة، وعلم الاجتمـاع، والقـانون، والطب، كما يتناول موضوع التربية الخـاصـة الأفـراد غيـر العـاديين (Exceptional Individuals) والذين ينحرفون انحرافاً ملحـوظـاً عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، ممـا يستـدعي اهتمـاماً خاصاً من قبل المربين بهؤلاء الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الخاصة بهم .

مفهوم التربية الخاصة (The Concept of Special Education) :

تعـرف التـربيـة الخاصة على أنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف .

ويقصد بفئات الأفراد غير العاديين، والتي تنطوي تحت مظلة التربية الخاصة الفئات التالية :

الموهبة والتفوق	(Giftedness)
الإعاقة العقلية	(Mental Impairment)
الإعاقة البصرية	(Visual Impairment)
الإعاقة السمعية	(Hearing Impairment)
الإعاقة الانفعالية	(Emotional Impairment)
الإعاقة الحركية	(Motor Impairment)
صعوبات التعلم	(Learning Disabilities)
اضطرابات النطق أو اللغة	(Language & Speech Disorders)

وقد يجد الدارس لموضوع التربية الخاصة مصطلحات تدلل على فئة الأفراد غير العاديين مثل مصطلح الأطفال المعوقين (Handicapped Children)، ويعكس هذا المصطلح فئات الأفراد غير العاديين السابقة فيما عدا فئة الموهوبين، كما قد يكون من المناسب التمييز هنا بين مصطلحي الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals) ومصطلح الأفراد غير الأسوياء (Abnormal Individuals) إذ يقصد بالثاني تلك الفئة من الأفراد التي تعاني من الأمراض النفسية أو العقلية.

أهداف التربية الخاصة :

تحقق دراسة موضوع التربية الخاصة الأهداف التالية :

١ - التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٢ - إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٣ - إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق

أهـداف البـرامـج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية (Individualized Educational Plan, IEP) .

٤ ـ إعـداد الـوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين، أو المعوقين عقلياً، أو المعوقين سمعياً، . . . الخ.

٥ ـ إعـداد برامـج الـوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية.

وقد تجدر الإشارة في هذه المناسبة إلى أن هناك فروقاً واضحة بين أهداف التربية العامة، والتربية الخاصة وتبدو هذه الفروق واضحة بين كل منهما في النقاط التالية:

١ ـ تهتم التـربيـة العـامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.

٢ ـ تتبنى التربية العامة منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهاجاً لكل فئة، تُشتق منه الأهداف التربوية الفردية فيما بعد.

٣ ـ تتبنى التـربيـة العـامـة طرائق تدريسيـة جمعيـة في تدريس الأطفـال العـاديين في المـراحـل التعليميـة المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب.

٤ ـ تتبنى التـربيـة العـامـة، وسـائـل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التـربيـة الخـاصـة وسـائـل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين، وعلى سبيل المثال فقد تستخدم الخريطة العادية في تدريس الطفل العادي، في حين تستخدم الخـريطـة المجسمة أو الناطقة مع الطفل الكفيف كما قد يستخدم جهاز الاوبتكون (Optacon) في تدريس القـراءة للمكفـوفين، في حين لا يستخدم مثل هذا الجهاز في تدريس القـراءة للأطفـال العـاديين، وقـد تستخـدم لغـة الإشـارة (Sign

(Language في تدريس الصم، في حين لا تستخدم مثل هذه اللغة في تدريس الأطفال العاديين، وقد يستخدم جهاز النطق الصناعي Artificial Language) (Device مع الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية كالمعوقين عقلياً، وسمعياً، والمصابون بالشلل الدماغي (Cerebral Palsy) في حين لا يستخدم مثل هذا الجهاز مع الأطفال العاديين، وهكذا.

ومهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة، والعامة، فإن كلاً منهما يهتم بالفرد، ولكن كل بطريقته الخاصة، ومع ذلك فتشترك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد أياً كان، على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن، والعمل على تحقيق أهدافه، وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

تاريخ التربية الخاصة:

لقد وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور، ومنذ أقدمها، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأفراد غير العاديين قد اختلفت من عصر إلى آخر، تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل، والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال المعوقين هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفراداً غير صالحين لخدمة المجتمع، أما في الوقت الذي ظهرت فيه الديانات السماوية فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هي الاتجاه السائد، إذ حَضّت الديانات السماوية على معاملة المعوقين بشكل إنساني، ولكن في بدايات القرنين السادس والسابع عشر ساد الاتجاه السلبي في معاملة المعوقين وبقي الحال كذلك حتى القرنين الثامن والتاسع عشر، ولكن بعد قيام حركات الاصلاح كالثورة الفرنسية، والأميركية، كما ظهرت الأفكار التي تنادي بحماية وتعليم المعوقين.

لقد بدأ الاهتمام بتربية المعوقين في القرن التاسع عشر في فرنسا، ثم امتد ذلك إلى عدد من الدول الأوروبية ومن ثم إلى الولايات المتحدة الأميركية، وكانت فئات الإعاقة البصرية والسمعية هي أولى الفئات التي حظيت بالرعاية والاهتمام ثم تلتها فئات الإعاقة العقلية والحركية، وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة في ذلك الوقت متمثلاً

في الحماية والإيواء (Protection) في الملاجىء (Asylums) ، وذلك لحمايتهم أو حماية المجتمع الخارجي منهم، حيث يصعب عليهم التكيف معه، ثم تطورت تلك الخدمات وأصبحت تأخذ شكل تعليم الأطفال المعوقين مهارات الحياة اليومية (Daily Living Skills) في مدارس أو مراكز خاصة بهم، وعلى ذلك تعود جذور التربية الخاصة إلى نهايات القرن التاسع عشر، حيث يعتبر ايتارد (Jean M.G. Itard, 1775 - 1838) وهو طبيب فرنسي، من أوائل المهتمين والمؤرخين لبدايات التربية الخاصة في فرنسا، مرجعاً في تشخيص وتربية الصم، كما يعتبر سيجان (Edouard Seguin, 1812 - 1880) من الرواد الأوائل في تاريخ التربية الخاصة، وهو أحد تلاميذ ايتارد، والذي هاجر إلى الولايات المتحدة الأميركية وحصل على شهادة الطب من جامعة نيويورك في عام ١٨٦١، وقد كان اهتمام سيجان مركزاً في تربية الأطفال المعاقين عقلياً، ونشر بحثاً حول الطرائق الفسيولوجية في علاج المعوقين عقلياً في عام ١٨٦٦، كما تعتبر منتسوري (Maria Montessori, 1870 - 1952) والتي كانت أول سيدة إيطالية حصلت على درجة في الطب، من الرواد الأوائل الذين اهتموا بتعليم الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً.

أما في الولايات المتحدة الأميركية فيعتبر هوي (Samuel G. Howe, 1801 - 1876) والذي تخرج من جامعة هارفاد كطبيب في عام 1824، من رواد التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأميركية، إذ يعتبر هوي من الأطباء والمربين الأوائل في تاريخ التربية الخاصة حيث أسس أول مدرسة للمكفوفين عرفت باسم (The Perkins School for the Blind) في مدينة (Watertown) بولاية ماستشتوس، وتعتبر هيلين كيلر (Helen Keller) ولورابرجمان (Leaura Bridgman) من الأوائل الذين تتلمذوا وتعلموا على يدي هوي، كما يعتبر ثوماس جاليدت (Thomas H. Galleudet, 1787 - 1851) من المربين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الصم، فقد سافر إلى أوروبا لتعلم طرائق تربية الصم، ثم عاد إلى الولايات المتحدة الأميركية عام ١٨١٧ ليؤسس أول مدرسة أميركية للصم في مدينة هارت فورد (Hartford) بولاية كونيكتات (Connecticut) والتي عرفت الآن باسم المدرسة الأمريكية للصم، وقد كرم جاليدت بأن أُسست أول كلية للصم في مدينة

واشنطن عرفت باسمه هي : (The Gallaudet College) . وقد كان من آثار الحركة النازية في ألمانيا هجرة الكثير من المربين والأطباء الألمان إلى الولايات المتحدة الأميركية حيث ساهم هؤلاء بشكل واضح في نمو ميدان التربية الخاصة ومن هؤلاء ماريان فروستج (Marianne Frostig, 1938) والتي كانت تعمل كأخصائية نفسية واجتماعية في النمسا وبولندا حيث ساهمت بشكل واضح في نمو وتطور التربية الخاصة وبخاصة في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً وذوي صعوبات التعلّم، وكذلك الفرد ستراس (Alfred A. Strauss) طبيب الأعصاب المشهور، وكروك شانك (William Cruickshank) وهيلمر مايكل بست (Helmer Myklebust) إذ يعود الفضل لهؤلاء الرواد في تطور موضوع صعوبات التعلم (Learning Disabilities) كأحد الميادين الرئيسة في التربية الخاصة، وكذلك هنز فرنر (Heinz Werner, 1930) الأخصائي في علم نفس النمو الذي ترك ألمانيا وانضم إلى مدرسة (Wayne) في مدينة (Northville) في ولاية متشجان الأميركية، ليساهم في تطور الأبحاث في ميدان التربية الخاصة، ثم نيكولاس هوبس (Nicholas Hobbs, 1960) الأخصائي في علم النفس والتربية والذي اهتم بتربية وتعليم الأطفال المضطربين انفعالياً، وأخيراً جولدبرج (Goldberg, 1972) الذي أشار إلى تقدم الدول الاسكندنافية في تربية ورعاية الأطفال المعوقين عقلياً والذي دعى إلى الاستفادة من خبرات هذه الدول ونقل تلك الخبرات إلى الولايات المتحدة الأميركية.

تطور ميدان التربية الخاصة :

إن نمو ميدان التربية الخاصة، في القرن العشرين، وفي الولايات المتحدة وغيرها لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوروبا، فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فروبل منتسوري وبياجية وبينية، وستراس آثاراً واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر، كما كان للتقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب والقانون آثاراً واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة وبخاصة في موضوع طرائق قياس وتشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية، وإعداد البرامج التربوية والمهنية، وهكذا أصبح ميدان التربية

الخاصة ميداناً متخصصاً له جذوره الممتدة والمتصلة بعلوم النفس والطب والتربية والأعصاب والاجتماع والقانون، كما أصبح أخصائي التربية الخاصة معلماً بارزاً من معالم تربية الأطفال غير العاديين في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء.

وما يدلل على نمو ميدان التربية الخاصة اهتمام الدول النامية والمتقدمة بالأفراد غير العاديين، وتبدو على سبيل المثال مظاهر ذلك الاهتمام في ظهور العديد من الجمعيات،والمنظمات،والهيئات، والمؤسسات،التي تعنى بالأفراد غير العاديين من حيث وسائل تشخيصهم ووضع البرامج التعليمية والعلاجية والمناسبة لهم، كما يبدو ذلك الاهتمام في عقد المؤتمرات والندوات التي تعنى بالأطفال غير العاديين، وعقد الدورات التدريبية للعاملين في ميدان التربية الخاصة، وزيادة عدد المراكز والمدارس التي تعنى بالأطفال غير العاديين، وفتح تخصصات في التربية الخاصة على مستوى كليات المجتمع والجامعات الأميركية والأوروبية والعربية، ففي البلاد العربية نما ميدان التربية الخاصة بشكل واضح في خلال العقدين السابقين مقارنة مع العقود السابقة، وتبدو مظاهر نمو ميدان التربية الخاصة في الدول العربية في:

١ - الاهتمام المتزايد بقطاع الأفراد غير العاديين في المجتمع، وذلك من خلال فتح وإعداد المدارس والمؤسسات التي تعنى بالأفراد غير العاديين في المجتمع وعلى سبيل المثال كان عدد مدارس التربية الخاصة في الأردن في الستينات لا يزيد عن عدد أصابع اليد الواحدة بينما نرى اليوم أن هناك ما يزيد عن ٥٠ مدرسة أو مؤسسة أو جمعية تعنى بشؤون الأفراد غير العاديين، وقد نجد مثل هذه الزيادة في عدد من الدول العربية الأخرى، (راجع منظمات وجمعيات التربية الخاصة ص٢٧).

٢ - تدريب الكوادر العاملة في ميدان التربية الخاصة، إذ تعقد الجهات المشرفة على ميدان التربية الخاصة الدورات التأهيلية للعاملين فيها وذلك بهدف تحسين أداء الكوادر فيها.

٣ - اهتمام الجامعات وكليات المجتمع العربية بإعداد الكوادر المتخصصة في ميدان

التربية الخاصة، إذ تقدم الجامعة الأردنية برنامجان في التربية الخاصة، يؤدي البرنامج الأول إلى درجة الدبلوم في التربية الخاصة (بعد درجة البكالوريوس)، في حين يؤدي البرنامج الثاني إلى درجة الماجستير في التربية الخاصة، كما تقدم جامعة الملك سعود بالرياض برنامجاً يؤدي إلى درجة البكالوريس في التربية الخاصة، أما على مستوى كليات المجتمع أو الكليات المتوسطة، فتقدم عدد من تلك الكليات في الوطن العربي برامج على مستوى الدبلوم (مدة الدراسة فيها سنتين إلى ثلاث سنوات) في عدد من التخصصات في التربية الخاصة ومنها كلية الخدمة الاجتماعية في الأردن والتي تقدم برنامجان في التربية الخاصة، يؤدي الأول إلى درجة الدبلوم في التربية الخاصة، تخصص إعاقة عقلية، في حين يؤدي الثاني إلى درجة الدبلوم في التربية الخاصة، تخصص إعاقة سمعية، كما يقدم المركز العربي الإفريقي للبحوث وتكوين الإطارات العليا في تربية وتأهيل المعوقين في تونس برنامجان في التربية الخاصة، يؤدي الأول إلى دبلوم في الإعاقة البصرية، في حين يؤدي الثاني إلى دبلوم في العلاج الطبيعي، كما يمنح معهد الفنيين الساميين بالجزائر درجة الدبلوم في التربية الخاصة، وكذلك المعهد العربي الإقليمي لإعداد معلمي الصم وأخيراً معهد المعلمين للتربية الخاصة في بغداد والذي يمنح درجة الدبلوم في تخصصات الإعاقة العقلية، البصرية، والسمعية.

وقد فرغت إدارة التربية، في المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، من دراسة تتعلق بإنشاء معهد عربي لإعداد معلمي التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، يكون مقره تونس.

حجم مشكلة الأفراد غير العاديين:

يختلف حجم مشكلة الأفراد غير العاديين من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من المتغيرات أهمها المعيار المستخدم في تحديد مفهوم ومعنى كل فئة من فئات التربية الخاصة، ثم المتغيرات المتعلقة بالعوامل الصحية والثقافية والاجتماعية، ومن المصطلحات المستخدمة للتعبير عن مدى انتشار مشكلة الأفراد غير العاديين مصطلح

(Incidence) ويعني تكـرار حدوث الحـالـة، ثم مصطلح (Prevalence) ويعني تكـرار الحـدوث بشكـل عام، ويشيـر المصطلح الأول إلى نسبـة أوعدد حالات الإعـاقـة التي حدثت في فتـرة زمنيـة محـددة، في حين يشيـر المصطلح الثاني إلى نسبة أوعدد حالات الإعـاقـة التي حدثت والتي سوف تحـدث، ومهمـا يكن من أمر هذه المصطلحات، فإن ظاهـرة انتشـار حالات الإعـاقـة بالنسبة إلى عدد السكان أصبحت أمراً شائعاً وتقدر بعض المصادر في هذا الصدد أن ما نسبته ٣٪ ـ ١٠٪ من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة (Kauffman, 1977) ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية (١٩٧٨) إلى أن نسبـة الإعـاقـة في المجتمعات الصناعية تبلغ ١٠٪ تقريباً من مجموع السكان، أما نوبل (Noble, 1981) فيرى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات النامية قد تصل إلى ١٢,٣٪ من مجموع السكان.

وقد ذكرت بعض الدول إحصائيات عن عدد حالات الإعاقة في مجتمعاتها، وعلى سبيـل المثـال يذكـر مكتب التـربيـة في الـولايـات المتحـدة أن عدد حالات الإعـاقة في المجتمـع الأميـركي تصـل إلى حوالي عشـرة ملايين معـوقاً (Kauffman, 1976, P.13) وتمثل الأرقام الواردة في الجدول رقم (١) نسب الإعاقة بأنواعها فى الولايات المتحدة الأميركيّة:

الجدول رقم (١) توزيع نسب الإعاقة في الولايات المتحدة الأميركية

الإعاقـــة	النسبة
الاضطرابات اللغوية	٣,٥٪
الإعاقة العقلية	٢,٣٪
صعوبات التعلم	٣,٠٪
الإعاقة الانفعالية	٢,٠٪
الإعاقة الحركية	٠,٥٪
الإعاقة السمعية	٠,٥٧٥٪
الإعاقة البصرية	٠,١٪
الإعاقة السمعية والبصرية والمتعددة	٠,٦٪

أما مكتب الإحصاء في منظمة اليونسكو في باريس فقد أعدّ عرضاً إحصائياً لأوضاع التربية الخاصة في العالم، فقد أشار ذلك التقرير إلى أن مجموع الطلبة المعوقين المسجلين في برامج التربية الخاصة هو ٦,٣ مليون طالباً من مجموع ٢,٤ مليار نسمة (٦٠٪ من مجموع سكان العالم) حيث يمثل مجموع الطلبة المعوقين المسجلين في ٩٦ بلداً من البلدان التي استجابت على الاستفتاء المقدم لها حول اعداد الطلبة المسجلين في برامج التربية الخاصة فيها (مجلة التربية الجديدة، ١٩٨١، العدد ٢٤، ص٢٦).

حجم مشكلة الإعاقة في الدول العربية:

يبلغ عدد سكان العالم العربي ١٥٧ مليوناً حسب ما جاء في حولية اليونسكو في عام ٧٩/ ١٩٨٠، وإذا أخذنا نسبة الحد الأدنى (٣٪) للإعاقة حسب التقديرات العالمية فإن مجموع المعوقين في البلاد العربية يصل إلى حوالي أربعة ملايين ونصف في حين إذا أخذت نسبة الحد الأعلى للإعاقة ١٠٪، فإن مجموع المعوقين في البلاد العربية يصل إلى حوالي ١٥ مليوناً. ويذكر التقرير الصادر عن مكتب الإحصاء في منظمة اليونسكو في باريس (مجلة التربية الجديدة، ١٩٨١، العدد ٢٤، ص٢٦). أنّ عدد طلبة التربية الخاصة المسجلين في برامجها هو ٢١١ ألفاً، ويذكر أن تلك الأعداد تمثل الدول العربية التي استجابت للاستفتاء المقدم لها حول إعداد الطلبة المسجلين في برامج التربية الخاصة فيها، أما الدول العربية التي استجابت لذلك الاستفتاء، فهي: المملكة العربية السعودية، ودولة البحرين، وجمهورية مصر العربية، ودولة الإمارات العربية المتحدة، والجمهورية العراقية، والمملكة الأردنية الهاشمية، ودولة الكويت، وجمهورية السودان، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية التونسية. ويذكر دليل المؤسسات والجمعيات العاملة في مجال المعوقين في الدول العربية والصادر عن المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين بالرياض (١٩٨٣، ص١٢٨) أن مجموع الطلبة المعوقين المسجلين في برامج التربية الخاصة في الدول العربية هو ١٠٣,٦٠١ موزعين على الإعاقات المختلفة، ويمثل الجدول رقم (٢) ذلك:

الجدول رقم (٢)

توزيع المعوقين في الدول العربية

الدولة	مكفوفين		صم		تخلف عقلي		عجز جسماني		اعاقات مختلفة		المجموع الجزئي		المجموع
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	
الأردن	٦٩	٨٠	٣١٧	٢٠٠	٤٠٤	٢١٨	٨٠	٤٥	٢٩٠	٢٠	١١٦٠	٥٦٣	١٧٢٣
الامارات العربية									١٢٢	٥٥	١٢٢	٥٥	١٧٧
البحرين	٩٠	٢١							١٣٥	١٠٧	٢٢٥	١٢٨	٣٥٣
تونس	٩٠٠٠	٦٦٠٠	٤٠٠	٣٣٣	٨٥٠	٦٥٠	٥٥١	١١٠٤	٤٠٠٠	٢٥٠٠٠	١٤٨٠١	١١١٨٧	٢٥٩٨٨
الجزائر	١٤٧٢		٧٠٢	٣١٢	٣٢٥		٤٠٩٠		٥٠٠٠		١١٥٨٩	٣١٢	١١٩٠١
السعودية	٣٥٢	٧٥	٧٧٣	٣٧٨			١٧٧	١٢٦	١١٢٢	٤٦٣	٢٤٢٤	١٠٤٢	٣٤٦٦
سلطنة عمان			١٩	٢١			٦٤	٢٤			٨٣	٤٥	١٢٨
سوريا	١٧٩	٦٦	٥٠٢	٢٨٠	٣٨	٥	١٣٩	٥٠	٧٦	٢٧	٩٣٤	٤٢٨	١٣٦٢
السودان	١٣١٤	٣٣١	٦٦٢	٩١	٦٤	٤٠	٩٣٠	٦٣٠			٢٩٧٠	١٠٩٢	٤٠٦٢
العراق	١٠٦	٤٠	٤٣٧	٣٠٨	٧٦١	٤١٢	٢٠٢	١٠٨	٢٦٦	٦٤	١٧٧٢	٩٣٢	٢٧٠٤
قطر						*	٥٠	٤٠	٦٨	٦٠	١١٨	١٠٠	٢١٨
الكويت							٣٧٢	١٩٧	١٤٣٣	٨١١	١٨٠٥	١٠٠٨	٢٨١٣
لبنان	٩٤	٥٨	١٠٤	١٤٦	٢٤٠	١٦١	٣٩٤	١٠١	٤٠٩	٤١٥	١٢٩١	٨٨١	٢١٧٢
المغرب	٤٠٨	١٠٣	٧٩	٤٣			٢١٦	٢٠٠	٨٣	٦٤	٧٨٦	٤١٠	١١٩٦
مصر	١١٨١	٥٧٦	١٥٠	٧٠	١٦٦٥	٤٥	٧٧١٨	٣٥١١	١٩٥٠٢	١٠٧٦١	٣٠٢١٦	١٤٩٦٣	٤٥١٧٩
اليمن الشمالي	٤٨	٤									٤٨	٤	٥٢
اليمن الجنوبي	٥٢	١									٥٢	١	٥٣
المجموع	١٤٣٦٥	٧٩٥٥	٤١٤٥	٢١٨٢	٤٣٤٧	١٥٣١	١٥٠٣٧	٦١٣٦	٣٢٥٥٦	١٥٣٤٧	٧٠٤٥٠	٣٣١٥١	١٠٣٦٠١
	٪١٣,٨٦	٪٧,٦٨	٪٤	٪٢,١١	٪٤,١٩	٪١,٤٨	٪١٤,٥١	٪٥,٩٢	٪٣١,٤٢	٪١٤,٨١			
	٢٢٣٢٠		٦٣٢٧		٥٨٧٨		٢١١٧٣		٤٧٩٠٣				
	٪٢١,٥٤		٪٦,١١		٪٥,٦٨		٪٢٠,٤٣		٪٤٦,٢٣				

أمـا في الأردن، فقـد أجـرى صنـدوق الملكـة عليـاء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني (١٩٧٩) تسجيلاً لعدد المعوقين في الأردن وفق استمارة أعدت لهذا الغرض مـن قبل فريق عمل، وتبين أن عدد المعوقين الذين تم تسجيلهم بلغ ١٨,٩٢٩ معاقاً موزعين على فئات الإعاقة والتي يبينها الجدول رقم (٣):

الجدول رقم (٣) توزيع المعوقين في الأردن بحسب نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	عدد المعوقين
السمعية	٣١٩٣
البصرية	٢٠٨٨
العقلية	٤٨٦٨
الانفعالية	٠٤٥٧
الحركية	٦٤٧٩

وقد أوضحت الدراسة أن أكثر من نصف المعوقين المسجلين (٥٣,٣٪) ممن هم دون سن الخامسة عشرة، وأن ثلثي مجموع المعوقين المسجلين (٦٤,١٪) ممن هم دون سن العشرين، وأن حوالي ثلثي المعوقين المسجلين (٦٥,٧٪) ممن هم من الأميين وأن ٧١٪ من أسر المعوقين ذات دخل يقل عن خمسين ديناراً شهرياً كما أوصحت الدراسة أيضاً أن حوالي ٥٧٪ من مجموع المعوقين المسجلين ولدوا من أبوين تربطها صلة قربى، وأن ٥٠٪ من المعوقين المسجلين لا يتلقون أي نوع من الخدمات الطبية والتعليمية والاجتماعية. .

جمعيات ومؤسسات التربية الخاصة في الدول العربية :

ظهرت في الدول العربية العديد من جمعيات ومؤسسات ومدارس للتربية الخاصة، حسب إحصاء عام ١٩٨٣، إذ بلغ عدد المؤسسات العاملة في مجال التربية الخاصة في الدول العربية، بحسب إحصاء عام ١٩٨٣، ٢٧٥ مؤسسة منها ١٤٧ مؤسسة حكومية و١٢٨ مؤسسة غير حكومية (دليل المؤسسات والجمعيات العاملة في مجال المعوقين بالدول العربية، ١٩٨٣، ص٦) مبينة في الجدول رقم (٤):

الجدول رقم (٤) توزيع عدد مؤسسات المعوقين في الدول العربية بحسب نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	عدد المؤسسات
العقلية	٤٨
السمعية	٦٦
البصرية	٥٠
الحركية	٣٩
متعددة	٧٢

كما يشرف على برامج التربية الخاصة في الدول العربية العديد من الجهات الحكومية وغير الحكومية ويبين الجدول رقم (٥) توزيع مؤسسات التربية الخاصة بحسب الجهة المشرف عليها (المرجع السابق نفسه، ص١٢٨):

الجدول رقم (٥)

توزيع مؤسسات التربية الخاصة في الدول العربية بحسب الجهة المشرفة

الجهة المشرفة	عدد المؤسسات	النسبة المئوية
الجمعيات الأهلية	١٢٨	٪٤٦,٥
وزارات الشؤون الاجتماعية	٠٧١	٪٢٥,٨
مؤسسات عامة للرعاية الاجتماعية	٤٢	٪١٥,٣
وزارات التربية والتعليم	٢٤	٪٨,٧
وزارات الشؤون الداخلية	٤	٪١,٥
وزارات الحكم المحلي	٢	٪٠,٧
مكاتب إقليمية	٢	٪٠,٧
وزارات الصحة	١	٪٠,٤
مؤسسات دولية	١	٪٠,٤

وفيما يلي قائمة بأمثلة من تلك المؤسسات أو الجمعيات أو المدارس أو المراكز التي تشرف على برامج التربية الخاصة في عدد من الدول العربية:

١ - الجمعية التونسية لمساعدة الصم.

٢ - المنظمة الوطنية للمكفوفين في الجزائر.

٣ - جمعية رعاية المكفوفين في دمشق.

٤ - الجمعية السودانية لرعاية وتأهيل المعوقين.

٥ - الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين.

٦ - الجمعية اللبنانية لرعاية الأطفال المتخلفين ذهنياً.

٧ - الجمعية الوطنية للمكفوفين في المغرب.

٨ ـ الجمعية المغربية لمساعدة وإعانة المعاقين عقلياً.

٩ ـ جمعية التنمية الفكرية، وحدة الزيتون، القاهرة.

١٠ ـ جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالبحر الأحمر.

١١ ـ جمعية التأهيل المهني بالاسكندرية.

١٢ ـ معهد النور للمكفوفين، عدن.

١٣ ـ معهد الأمل للبنين في قطر.

١٤ ـ معهد العناية للصم وضعاف السمع في بغداد.

١٥ ـ معهد السنابل في محافظة البصرة.

١٦ ـ إدارة الرعاية الخاصة، مسقط، عمان.

١٧ ـ مؤسسة رعاية الأطفال المعوقين في الرياض.

١٨ ـ معهد الأمل المتوسط للبنين في جدة.

١٩ ـ معهد الأمل للأطفال المعوقين في البحرين.

٢٠ ـ معهد النور للمكفوفين، الملا، حضرموت.

٢١ ـ معهد النور للخليج العربي، المحرق، البحرين.

أما في الأردن، فيشرف على برامج التربية الخاصة عدد من الجهات الحكومية وغير الحكومية ويبين الجدول رقم(٦) توزيع مراكز مؤسسات التربية الخاصة بحسب طبيعة فئة التربية الخاصة والجهة المشرفة، وأعداد الطلبة والعاملين في تلك المراكز وتاريخ تأسيسها وقد تجدر الإشارة هنا إلى أن الأرقام المذكورة في هذا الجدول تقريبية وتعتمد في دقتها على المصادر التي استيت منها، وقد أصدرت مديرية التربية الخاصة

الجدول رقم (٦)

توزيـع مؤسسـات ومراكز التربية الخاصة في الأردن بحسب الفئة والجهة المشرفة وأعداد العاملين والطلبة وتاريخ التأسيس

المركز/ المؤسسة	عنوانها	نوع الفئة	عدد الطلبة	عدد العاملين	تاريخ التأسيس	الجهة المشرفة
المركز الريادي للمتفوقين والموهوبين	السلط	متفوقون	٢٧٠		١٩٨٤	مؤسسة إعمار السلط
مركز المنار للتربية الخاصة	السلط	العقلية	٥٠	٨	١٩٨١	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز المنار للتربية الخاصة	اربد	العقلية	٦٨	٢١	١٩٧٧	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز المنار للتربية الخاصة	الزرقاء	العقلية	١٠١	٢٢	١٩٧٧	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز نازك الحريري للتربية الخاصة	عمان	العقلية	١٦٠	٥٠	١٩٨٥	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز الأمل للمعوقين عقلياً	الطفيلة	العقلية	٢٥	٥٠	١٩٧٩	القطاع الخاص/ الأهلي
مؤسسة جعفر للتربية الخاصة	عمان	العقلية	٢٠	١٠	١٩٨١	القطاع الخاص/ الأهلي
الجمعية الوطنية للمعوقين عقلياً	عمان	العقلية	٢٥	١٣	١٩٧٩	القطاع الخاص/ الأهلي
الجمعية الوطنية للمعوقين عقلياً	اربد	العقلية	٣٥	١٥	١٩٨٢	القطاع الخاص/ الأهلي
جمعية الصحة النفسية	عمان	العقلية	٧٧	٩	١٩٧٠	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز الأميرة بسمة للتربية الخاصة	الزرقاء	العقلية	٤٠	٧	١٩٨١	القطاع الخاص/ الأهلي
جمعية الشابات المسلمات	عمان	العقلية	٤٢	١٥٦	١٩٧٢	القطاع الخاص/ الأهلي
جمعية الصحة النفسية	العقبة	العقلية	٦٠	١٠	١٩	القطاع الخاص/ الأهلي
جمعية الصحة النفسية	وادي السير	العقلية	٦٠	١٣	١٩٧٩	القطاع الخاص/ الأهلي
مدرسة التربية الخاصة	الفحيص	العقلية	٦٠	٢٥	١٩٨٢	القطاع الخاص/ الأهلي
جمعية صلاح الدين	مأدبا	العقلية	١٥	٢٥	١٩٨٣	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز مؤتة للتربية الخاصة	الكرك	العقلية	١٩	٣٣	١٩٨٣	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز الرازي	عمان	العقلية	٣٠	٧	١٩٨٧	القطاع الخاص/ الأهلي
المؤسسة السويدية	صويلح	العقلية	١٢٠	٦٥	١٩٦٤	المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية
معهد الأمل	اربد	السمعية	٧٥	١٥	١٩٧٩	وزارة التنمية الاجتماعية

المركز/ المؤسسة	عنوانها	نوع الفئة	عدد الطلبة	عدد العاملين	تاريخ التأسيس	الجهة المشرفة
معهد الأمل	عمان	السمعية	١٣٥	٣٨	١٩٦٩	وزارة التنمية الاجتماعية
معهد الصم والبكم	السلط	السمعية	٧٣	١٨	١٩٦٤	مؤسسة الأراضي المقدسة
مركز الزرقاء للصم	الزرقاء	السمعية	٦٠	١٣	١٩٧٧	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز الرجاء للصم	الزرقاء	السمعية	٦٠	١٣	١٩٧٧	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز الملكة علياء	الرصيفة	السمعية	١٤٠	٢٢	١٩٧٩	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز الملكة علياء للفحوصات السمعية	عمان	السمعية	—	—	١٩٨١	القطاع الخاص/ الأهلي
معهد النور	عمان	البصرية	١٠٢	٣٦	١٩٦٩	القطاع الخاص/ الأهلي
المدرسة الإسلامية لتعليم الكفيفات	عمان	البصرية	٤٠	١٠	١٩٨٢	القطاع الخاص/ الأهلي
المركز الإقليمي لتدريب وتأهيل الكفيفات	عمان	البصرية	٤٣	٤٠	١٩٧٤	المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط بالرياض
دار رعاية المشلولين	المفرق	الحركية	٧٥	٢١	١٩٦٤	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز اليرموك	اربد	الحركية	٥٠	—	١٩٨٤	صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي وجامعة اليرموك
مركز عمان لرعاية وتأهيل المعوقين	عمان	الحركية	٦٧	٥٤	١٩٨٤	القطاع الخاص/ الأهلي
مركز التأهيل المهني	اربد	البصرية والسمعية	٦٠	١٣	١٩٨١	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز التأهيل المهني	الرصيفة	البصرية والسمعية	١٠٠	١٧	١٩٧٣	وزارة التنمية الاجتماعية
مركز فرح للتأهيل الطبي	عمان	متعددة	—	—	—	الخدمات الطبة الملكية
مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	عمان	الشلل الدماغي	—	—	١٩٧٧	القطاع الخاص/ الأهلي
مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	اربد	الشلل الدماغي	—	—	١٩٨٥	القطاع الخاص/ الأهلي
جمعية ابن سينا	عمان	الشلل الدماغي	—	—	١٩٨٣	القطاع الخاص/ الأهلي
بيت الأمل	عمان	متعددة	٤٠	١٣	١٩٨٥	القطاع الخاص/ الأهلي

بوزارة التنميـة الاجتماعيـة الأردنيـة دليلاً حديثاً (١٩٩٤) يتضمن مؤسسات التربيـة الخـاصـة العـاملة في الأردن مـصنفـة حسب نوع الإعاقة، ويشير الدليل إلى أن عدد مـؤسسات التربيـة الخاصـة فـي الأردن (٦٩) مؤسـسة و (١٧) صفاً خاصاً يظهرها الجدول رقم (٧) .

الجدول رقم (٧)

جدول يبين توزيع واعداد المؤسسات العاملة في مجال التربية الخاصة حسب فئة الاعاقة

فئة الإعاقة / القطاع	عقلي	سمعي	بصري	حركي	متعدد	تاهيل مهني	صفوف تابعة للجمعيات		صفوف بطء التعليم	مؤسسات علاجية	المجموع
							سمعي	عقلي			
حكومي	٦	٦	١	١	١	٣	٨	١٠	—	٣	٣٩
تطوعي	٢٠	٥	٢	١	٢	--	—	—	١٠	٩	٤٩
خاص	١٠	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١٠
المجموع	٣٦	١١	٣	٢	٣	٣	٨	١٠	١٠	١٢	٩٨

دليل مـدارس ومراكز التربية الخاصة العاملة في الأردن (١٩٩٤)

منظمات وجمعيات التربية الخاصة الأكاديمية :

نتيجة لتزايد الاهتمام بميدان التربية الخاصة ، فقد ظهرت في عدد من دول العالم منظمات وجمعيات عالمية ومنها :

١ - مجلس / جمعية الأطفال غير العاديين (The Council For Exceptional Children)* : وقد أسست هذه الجمعية في عام **١٩٢٣** حيث عقدت أول اجتماع لها في جامعة كولومبيا وقد بدأت هذه الجمعية بحوالي مائتي عضو من المهتمين ومعلمي التربية الخاصة أما اليوم وقد أصبح مقرها في ولاية فرجينيا الأميركية فقد أصبحت تضم في عضويتها أكثر من ٤٠ ألفاً من الأعضاء ، وتعمل الجمعية الآن على عقد المؤتمرات وإصدار الكتب والنشرات والمجلات ** ذات البحوث المتخصصة في ميدان التربية الخاصة .

٢ - الجمعية الأميركية للتخلف العقلي (The American Association On Mental Retardation, AAMR)*** : وقد أسست هذه الجمعية في الولايات المتحدة في عام ١٨٧٦ ، وتعتبر هذه الجمعية الآن من أشهر الجمعيات العلمية في ميدان الإعاقة العقلية في الولايات المتحدة الأميركية وخارجها ، وتضم في عضويتها أكثر

---

* The Council for Exceptional Children, 1920 Association Drive Reston, Virgina, 22091, USA.

** Exceptional Children.
- Education and Training of The Mentally Retarded.
- Journal For The Education of The Gifted.
- Learning Exceptional Quarterly.
- Journal of Childhood Gommunication Disorders.
- Teaching Exceptional Children.
- Journal of The Visually Hardicapped.

*** - The American Assocation on Mental Retardation, 1719 Kalorama Road N.W. Washington D.C. 20009, USA.
- The American Journal of Mental Retardation.
- Mental Retardation.

من ١٢,٥٠٠ عضـوا من المتخصصين والأطباء والمعلمين، ومن أبـرز أنشطــة هذه الجمعية عقد المؤتمرات المتخصصة في الإعاقة العقلية وإصدار الكتب والمراجع والنشرات والمجلات العلمية المتخصصة.

٣ - الـجـمـعيــة الــوطنيــة للصم (The National Association For All The Deaf, NAD) * : وقــد أسست هذه الجمعيـة في ولايـة ميـرلانـد بالـولايـات المتحـدة الأميـركيـة، وتعتبـر من الجمعيـات المشهورة في ميدان الإعاقة السمعية، ومن أبرز نشـاطـات هذه الجمعيـة عقد المؤتمرات المتخصصة وإصدار النشرات والكتيبات والمجلات العلمية المتخصصة ** .

٤ - الجمعيـة الـوطنيـة الاستشارية للأطفال المعوقين عقلياً (The National Advisory Committee On Handicapped Children, NACHC).

٥ - الجمعيـة الـوطنيـة للأطفال ذوي صعوبات التعلم (The National Association For Children With Learning Disabilities, NACLD).

٦ - الجمعيـة الـوطنيـة للمعوقين عقلياً (The National Association For Retarded Citizens, NARC) : وقــد أسست هذه الجمعيــة في عام ١٩٥٠ في الــولايـات المتحــدة الأميــركيــة، ويصـــل عدد أعضـائهـا في الـوقت الحـاضـر إلى حوالي ٢٥٠,٠٠٠ عضواً.

٧ - الجمعيـة الـوطنيـة للأطفال المـوهـوبين (The National Association For The Gifted Children).

٨ - جمعيـة الاتحـاد العـالمي للمكفـوفين (The World Blind Union) : أسست هذه الجمعيـــة في عام ١٩٨٤ ومــركــزهـا باريس، وقـد ضمت هذه الجمعيـة كلاً من

* The National Association for The Deaf 814 Thayer Avenue, Sliver spring M.D 20190, USA.

** The Deaf American.

المجلس العالمي لرعاية المكفوفين (The World Council For The Welfare Of The Blind) والتي مقرها باريس، وجمعية الاتحاد الفيدرالي للمكفوفين (International Federation For The Blind)، ومن أبرز نشاطات هذه الجمعيات، عقد المؤتمرات العالمية وإصدار الكتيبات والنشرات في مجال الإعاقة البصرية.

٩ ـ المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين (The Regional Bureau Of The Middle East Committee For The Welfare Of The Blind): وقد أسس هذا المكتب في عام ١٩٧٣ بدعم مشترك من عدد من دول الخليج العربي، وهي: المملكة العربية السعودية، دولة الإمارات العربية المتحدة، دولة قطر، دولة الكويت، دولة البحرين، وتبدو أهم أنشطة هذا المكتب في فتح مراكز تعليم وتدريب المكفوفين في عدد من الدول العربية منها البحرين والأردن، وتقدم المساعدات الفنية والمادية لبرامج المكفوفين وتوفير الكتب المطبوعة بطريقة بريل، وإصدار المجلات والنشرات المطبوعة بطريقة بريل أيضاً، ثم عقد المخيمات التربوية للمكفوفين، والمشاركة في المؤتمرات العربية والدولية المتعلقة بالمكفوفين. issues

١٠ ـ الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم (The Arab Federation For The Organs Of The Deaf): وقد تأسس الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم في دمشق في عام ١٩٧٢، ويضم في عضويته عدداً من الدول العربية، ومن أبرز أنشطته: إصدار الكتب والنشرات في مجال تربية الصم وعقد المؤتمرات والندوات المتخصصة في مجال تربية الصم.

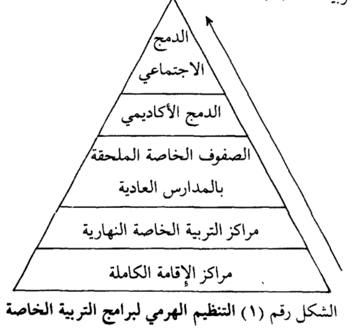
١١ ـ منظمة اليونسكو (The United Nations Educational Scientific And Cultural Organization, UNESCO): وتشارك اليونسكو من خلال مكتب التربية الخاصة فيها بإعداد الدورات وجمع المعلومات حول برامج التربية الخاصة في العالم، وتزويد

الجهـات ذات العـلاقـة بهـا، كمـا تعمـل أيضـاً على إصدار النشرات والكتيبات، والمشاركة في عقد وحضور المؤتمرات في ميدان التربية الخاصة.

١٢ ـ صنـدوق الملكـة عليـاء للعمـل الاجتمـاعي التطوعي الأردني (The Queen Alia Jordan Social Welfare Fund) : وقـد أسس الـصـنـدوق في عام ١٩٧٨، كمـؤسسـة وطنيـة خاصـة تهـدف إلى دعم وتطـوير العمل الاجتماعي التطوعي في الأردن ومن أبـرز أنشـطة الصنـدوق العمل على إجراء الدراسات والبحوث ذات العـلاقـة بميـدان العمـل الاجتمـاعي ومنهـا قطاع التربية الخاصة، وعقد الندوات والمـؤتمـرات المتخصصة في ميدان التربية الخاصة، وإصدار الكتيبات والنشرات والمطبوعات العلمية في مجال التربية الخاصة، وأخيراً تقديم الدعم الفني والمادي لمؤسسات التربية الخاصة في الأردن.

التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة:

لقـد تطـورت برامـج التـربيـة الخـاصة خلال المائة عام الأخيرة بشكل ملحوظ في معظم دول العالم وخاصة دول العالم المتقدمة، ويوضح الشكل رقم (١) التنظيم الهرمي لتطور برامج التربية الخاصة.



الشكل رقم (١) **التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة**

١ ـ مراكز الإقامة الكاملة (Residential Schools) :

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بدايات الحرب العالمية الأولى وما بعدها، وغالباً ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية تربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج، فقد وجه كروكشانك (Cruickshank, 1958) عدداً من الانتقادات أهمها عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية الاجتماعية، ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهذه المراكز على أنهم منبوذين عن المجتمع، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز.

٢ ـ مراكز التربية الخاصة النهارية (Specail Day Care Schools) :

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة، وفي هذا النوع من المراكز يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدى مدار نصف اليوم تقريباً، وغالباً ما يكون عمل هذه المراكز صباحاً وحتى بعد الظهر حيث يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز، أما فترة بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك، وتشتمل خدمات هذه المراكز على إيصال الطلبة من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية، وبالرغم من الاستحسان الذي تواجهه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي أهمها توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح البرامج التعليمية في هذه المراكز وذلك بوجود ما يسمى بالمدرس الزائر أو المتنقل (Itinerant Teacher) أو ما يسمى (Resource Teacher) ومهمة الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة

معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية.

٣ ـ الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية (Special Classess Within Reguler Schools):

ظهرت الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقلياً أو سمعياً أو بصرياً أو حركياً ملحقة بالمدرسة العادية، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف الخاص قليلاً لا يتجاوز العشرة طلبة، ويتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية في صفوفهم الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين. ويهدف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين، والعاديين، وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية، كما تبدو ميزات هذه البرامج في أنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية (The Least Restrictrive Enviornment) ومع ذلك فقد وجهت بعض الانتقادات لهذا النوع من البرامج تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية، وتحديد المواد المشتركة بين الطلبة العاديين والمعوقين، والمواد غير المشتركة.

٤ ـ الدمج الأكاديمي (Mainstreaming):

ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة للمعوقين نتيجة للانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين للعاديين في الصف الدراسي، ويعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك،

وبحيث تهيء الظروف المناسبة لانجاح فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين. وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي في الصفوف العادية، أو كما يشير كوفمان (Kuaffman, 1977) إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً، ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي:

١ - مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين.

٢ - مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

٣ - مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية، ومعلمين ومشرفين . . . الخ.

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة.

٥ - الدمج الاجتماعي (Normalization)

تعتبر مرحلة الدمج الاجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظهرين رئيسيين، الأول: هو الدمج في مجال العمل (Vocational Placement) وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك اجتماعياً، أما المظهر الثاني فيبدو في الدمج السكني (Residential Placement)، بحيث تتاح الفرصة للمعوقين للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة وما يشتمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللازمة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها على أساس من حكم الجيرة ومستلزماتها. (MacMillan, 1977, P. 426).

الفصل الثاني

الطفل الموهوب

- مقدمـــــة .
- تعريفات الطفل الموهوب .
- نسبة الأطفال الموهوبين .
- قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين .
- الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين .
- الاتجاهات العامة في تربية الأطفال الموهوبين .
- دراسات عربية في سيكولوجية الأطفال الموهوبين .

الفصل الثاني

الطفل الموهوب

مقدمـــــة :

تتعـدد المصطلحـات التي تعبـر عن مفهوم الطفل الموهوب *(Gifted Chidl) مثل مصطلح الطفــل المتفــوق (Superior Child) ، ومصطلح الطفــل المبـدع (Creative Child) ، أو مصطلح الطفــل المــوهــوب (Talnted Child) ، ومهمـا يكن من أمـر هذه المصطلحـات ، فإننـا نجـد أن هذه المصطلحات تعبر عن فئة من الأطفال غير العاديين ، والتي تنـدرج تحت مظلة التـربيـة الخـاصة ، ومن هنا ظهرت بعض المبررات التي تعتبـر موضــوع تربيـة المـوهـوبين موضــوعـاً رئيسيـاً من موضــوعات التربية الخاصة ، وتبدو هذه المبررات فيما يلي :

١ ـ تشكـل نسبـة الأطفـال المـوهـوبين حوالي ٣٪ ، وتقع هذه النسبة على طرف منحنى التـوزيـع الطبيعي (راجـع منحنى التـوزيـع الطبيعي ص٧٣) ويعني ذلك اختلاف قدرات هذه النسبة من الأطفال عن بقية الأطفال العاديين .

٢ ـ حاجـة الأطفـال الموهوبين إلى برامج ومناهج تربوية تختلف في محتواها عن برامج ومناهج الأطفال العاديين .

* استخدام مصطلح الطفل الموهوب في هذا الفصل ليشير إلى كل فرد أياً كان عمره الزمني .

٣ ـ حاجــة الأطفــال المـــوهـوبين إلى طرائق تدريس تختلف في طبيعتهــا عن طرائق التدريس المتبعة مع الأطفال العاديين.

وعلى أرضيّـة المبـررات السابقة، تمّ إدراج موضوع تربية الموهوبين، تحت مظلة التـربيـة الخـاصـة، والتي تهتم بتـربيـة الأطفال غير العاديين، إذ تتطلب فئة الأطفال غير العـاديين برامـج ومنـاهـج تربـويـة، وطرائق تدريس تختلف في طبيعتها عن تلك البرامج والمناهج وطرق التدريس المتبعة مع الأطفال العاديين.

تعريفات الطفل الموهوب:

ظهـرت العـديد من التعريفات التي توضح المقصود بالطفل الموهوب، وقد ركزت بعض تلك التعـريفـات على القـدرة العقليـة، في حين ركز بعضها الآخر على التحصيل الأكاديمي المرتفع، في حين ركز بعضها على جوانب الابداع، والخصائص أو السمات الشخصية والعقلية.

وقد يجد الباحث صعوبة في تحديد أو تعريف الطفل الموهوب، ويعود السبب في ذلك إلى عدد المكونات (Components) لمفهوم الطفل الموهوب وصعوبة الاتفاق على الأسئلة المطروحة في هذا المجال، ومنها:

١ ـ ما هي جوانب التفـوق التي يظهـرهـا الطفـل الموهوب؟ هل هي في الذكاء العام أو القدرة العقلية العامة (General Intelligence) والتي يعبر عنها بنسبة الذكاء (IQ)؟ أم في مظاهر الإبداع والمواهب (Talents) كالإبداع العلمي، أو الأدبي، أو الفني؟ أم في التحصيــل الأكـاديمي المـرتفـع (Academic Achievement) أم في توافـر شخصية معينة؟ أم هي في كل تلك الجوانب؟

٢ ـ كيف يمكن قياس مظاهر الموهبة؟ فهل تقاس تلك الموهبة بمقاييس الذكاء العامة؟ أم تقـاس بمقـاييس الإبـداع (Creativity Tests) أم تقـاس بمقـاييس التحصيـل

الأكاديمي؟ أم بمقاييس السمات الشخصية والعقلية التي تميز الموهوبين؟

٣ ـ ما هي الدرجة الفاصلة أو الحد الفاصل بين الطفل الموهوب والطفل العادي؟ هل تعتمد نسب الذكاء كحد فاصل بين كل منهما؟ أم هل تعتمد نسب/ معايير التحصيل الأكاديمي كحد فاصل بين كل منهما؟ أم هل تعتمد درجة الأداء على مقاييس الإبداع كحد فاصل بينهما؟ أم هل تعتمد درجة الأداء على مقاييس السمات الشخصية والعقلية كحد فاصل بينهما؟

تثير مثل هذه التساؤلات، وغيرها، صعوبة بالغة في تعريف الطفل الموهوب، ومع ذلك ظهرت العديد من التعريفات، والتي يمكن تصنيفها إلى مجموعتين هما:

١ ـ التعريفات السيكومترية (الكلاسيكية):

تتضمن التعريفات السيكومترية، تلك التعريفات التي تركز على القدرة العقلية، واعتبارها المعيار الوحيد في تعريف الطفل الموهوب، والتي يعبر عنها بنسبة الذكاء، حيث اعتبرت نسبة الذكاء المرتفعة هي الحد الفاصل بين الأطفال الموهوبين، والعاديين، ويبدو ذلك في تعريف هولنج ورث وتيرمان (Holling worth & Terman, 1925) والذي ركز على القدرة العقلية العامة (General Intellectual Ability) والتي تقيسها اختبارات الذكاء، واعتبر تيرمان نسبة الذكاء ١٤٠ هي الحد الفاصل بين الطفل الموهوب والعادي (Burt, 1975) وقد تبنى مثل هذا الاتجاه في تعريف الطفل الموهوب، كل من ديهان وهافجهرست (Dehaan & Havighurst,1957) حيث اعتبرا القدرة العقلية شاملة لعدد من الجوانب منها الموهبة والقدرة اللفظية، والقدرة المكانية التخيلية، والقدرة الميكانيكية، والموسيقية . . . الخ، وفي الخمسينات والستينات من هذا القرن ظهرت تعريفات أخرى للطفل الموهوب تؤكد معيار القدرة العقلية، ولكنها تضيف بعداً آخر في تعريف الطفل الموهوب هو بعد الأداء المتميز (Remarkable Performance) وخاصة في المهارات الموسيقية، والفنية، والكتابية، والميكانيكية، والقيادة الاجتماعية، وقد تبنى مثل هذا الاتجاه في تعريف الطفل الموهوب علماء مثل سمبتون ولوكنج

(Guilford, 1959) وجيلفورد (Lucito, 1963) ولوسيتو (Sumption & Luecking, 1960)
، حيث أشار كيرك (Kirk, 1979) إلى عدد من التعريفات القائمة على أساس ذلك المعيار والتي خلاصتها «أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد التي يتميز بقدرة عقلية عالية حيث تزيد نسبة ذكائه عن ١٣٠ ، كما يتميز بقدرة عالية عل التفكير الإبداعي» .

٢ ـ التعريفات الحديثة :

ظهرت الكثير من الانتقادات التي وجهت إلى التعريفات السيكومترية للطفل الموهوب في السبعينات من هذا القرن ، ومن هذه الانتقادات أن مقاييس الذكاء كمقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر لا تقيس قدرات الطفل الأخرى ، كالقدرة الإبداعية أو المواهب الخاصة ، أو السمات العقلية ـ الشخصية الأخرى ـ للفرد ، بل تظهر فقط قدرته العقلية العامة والمعبر عنها بنسبة الذكاء ، هذا بالإضافة إلى العديد من الانتقادات التي توجه إلى مقاييس الذكاء كتحيزها الثقافي والعرقي والطبقي وصدقها وثباتها ، ونقص قدرة اختبارات الذكاء على قياس التفكير الابتكاري (Divergent Thinking) كما أشار إليه جلفورد (Guilford, 1975) ، حيث أشار إلى قدرة اختبارات الذكاء على قياس القدرة على التفكير المحدد باستجابات معينة (Convergent Thinking) لا القدرة على التفكير الابتكاري ، ومن هنا ظهر الاهتمام بظهور مقاييس أخرى تقيس القدرة على التفكير الابتكاري والإبداعي ، وظهرت مقاييس التفكير الابتكاري والإبداعي فيما بعد (Guilford, 1975, & Torrance, 1970) .

وقد اعتمدت التعريفات الحديثة للطفل الموهوب على تغير النظرة إلى أداء الطفل الموهوب في المجتمع وقيمته الاجتماعية ، إذ لم يعد ينظر إلى القدرة العقلية العالية كمعيار وحيد في تعريف الطفل الموهوب بل أصبح ينظر إلى أشكال أخرى من الأداء كالتحصيل الأكاديمي ، والتفكير الإبداعي ، والمواهب الخاصة ، والسمات الشخصية ، كمعايير رئيسية في تعريف الطفل الموهوب ، وقد ظهر مثل هذا الاتجاه لدى كل من تورانس (Torrance, 1970) ونيولاند (Newland, 1976) وهيوارد (Heward etal,

1980) ومارلند (Marland, 1972) ، حيث يذكر مارلند بأن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداءً متميزاً في التحصيل الأكاديمي وفي بُعدٍ أو أكثر من الأبعاد التالية :

١ . القدرة العقلية العامة .

٢ ـ الاستعداد الأكاديمي المتخصص .

٣ ـ التفكير الابتكاري أو الإبداع .

٤ ـ القدرة القيادية .

٥ ـ المهارات الفنية .

٦ ـ المهارات الحركية (Kirk & Gallagher, 1979) .

أما رينزولي (Renzulli, 1977) فيرى أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر قدرة عقلية عالية على الإبداع ، وقدرة على الالتزام بأداء المهمات المطلوبة منه (Hallahan & Kauffman, 1981) وعلى ذلك يجمع الاتجاه الحديث في تعريف الطفل الموهوب على عدد من المعايير وقد يكون التعريف التالي ممثلاً لذلك الاتجاه الحديث :

الطفل الموهوب ، هو ذلك الفرد الذي يظهر أداء متميزاً مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها ـ في واحدة أو أكثر ـ من الأبعاد التالية :

١ ـ القدرة العقلية العالية (حيث تزيد نسبة الذكاء عن انحراف معياري واحد أو انحرافين معياريين) .

٢ ـ القدرة الإبداعية العالية .

٣ ـ القدرة على التحصيل الأكاديمي المرتفع .

٤ ـ القدرة على القيام بمهارات متميزة (مواهب متميزة) كالمهارات الفنية أو الرياضية أو اللغوية . . . الخ :

٥ ـ القدرة على المثابرة والالتزام، والدافعية العالية، والمرونة، والاستقلالية في التفكير ... الخ، (كسمات شخصية ـ عقلية تميز الموهوب عن غيره).

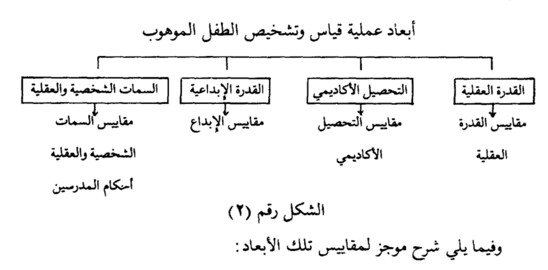
نسبة الأطفال الموهوبين:

تختلف نسبة الأطفال الموهوبين تبعاً لعدد المعايير المستخدمة في تعريف الطفل الموهوب، وتزداد نسبة الأطفال الموهوبين كلما قل عدد المعايير المستخدمة في التعريف، والعكس صحيح، وعلى سبيل المثال فلو أخذنا بالاتجاه الحديث في تعريف الطفل الموهوب وأخذنا بعداً واحداً من أبعاد التعريف ألا وهو القدرة العقلية العالية، والتي تحدد غالباً بنسبة الذكاء التي تزيد عن ١٤٥ أو ثلاثة انحرافات معيارية فوق المتوسط للذكاء، لوجدنا أن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي ١٪ أما إذا أخذنا نسبة الذكاء التي تزيد عن ١٣٠ أو انحرافيين معياريين فوق المتوسط فإن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي ٣٪ أما إذا أخذنا بأكثر من معيار في تحديد نسبة الأطفال الموهوبين فإن النسبة تقل وعلى سبيل المثال فلو أخذنا نسبة الأطفال الذين تزيد نسبة ذكائهم عن ١٣٠، ويتميزون بقدرة إبداعية عالية وتحصيل أكاديمي مرتفع مثلاً، لوجدنا أن النسبة تصل إلى حوالي ١٪ وهكذا ومهما يكن من أمر عدد المعايير المستخدمة في التعريف، فيقدر مارلند (Marland, 1971) أن ما نسبته ٣٪ ـ ٥٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأميركية هم من الموهوبين أي ما يقارب ٨, ١ ـ ٣ مليون طفل، يلتحق منهم حوالي ١٢٪ في المدارس الخاصة للموهوبين.

قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين:

تعتبر عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات والتي تتطلب استخدام أكثر من أداة من أدوات قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين، ويعود السبب في تعقد عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين إلى تعدد مكونات أو أبعاد مفهوم الطفل الموهوب، والتي أشير إليها في تعريف الطفل الموهوب، وتتضمن هذه الأبعاد القدرة العقلية، والقدرة الإبداعية، والقدرة التحصيلية والمهارات

والمواهب الخاصة، والسمات الشخصية والعقلية، ومن هنا كان من الضروري الاهتمام بقياس كل بعد من الأبعاد السابقة، ويمثل الشكل رقم (٢) الأبعاد التي يتضمنها مفهوم الطفل الموهوب، وأدوات القياس الخاصة به.



الشكل رقم (٢)

وفيما يلي شرح موجز لمقاييس تلك الأبعاد:

مقاييس القدرة العقلية:

تعتبر مقاييس القدرة العقلية العامة المعروفة مثل مقاييس ستانفورد ـ بينيه، أو مقياس وكسلر من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة العقلية العامة للمفحوص، والتي يعبر عنها عادة بنسبة الذكاء وتبدو قيمة مثل هذه الاختبارات في تحديد موقع المفحوص على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. ويعتبر الطفل موهوباً إذا زادت نسبة ذكاءه عن انحرافين معياريين فوق المتوسط. ومن الجدير بالذكر أنه تم تطوير/ تقنين بعض مقاييس القدرة العقلية العامة في الأردن كمقياس ستانفورد ـ بينيه، ومقياس وكسلر. (راجع الفصل الثالث ص٩٢).

مقاييس التحصيل الأكاديمي:

تعتبر مقاييس التحصيل الأكاديمي المقننة أو المدرسية، من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية، والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية، وعلى سبيل المثال تعتبر امتحانات القبول أو الثانوية العامة، أو الامتحانات المدرسية، من

الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص، ويعتبر المفحوص متفوقاً من الناحية التحصيلية الأكاديمية إذا زادت نسبة تحصيله الأكاديمي عن ٩٠٪ (أي أعلى ٣٪ من الطلبة في تحصيلهم الأكاديمي).

مقاييس الإبداع :

تعتبر مقاييس الإبداع أو التفكير الابتكاري، أو المواهب الخاصة من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة الإبداعية لدى المفحوص، ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي (Torrance Test Of Creative Thinking, 1966) والذي يتألف من صورتين : اللفظية والشكلية، من المقاييس المعروفة في قياس التفكير الإبداعي، وكذلك مقياس تورانس وجيلفورد للتفكير الابتكاري، والذي تضمن الطلاقة في التفكير، والمرونة في التفكير، والأصالة في التفكير، ويعتبر المفحوص مبدعاً إذا حصل على درجة عالية على مقاييس التفكير الإبداعي أو الابتكاري، ومن الجدير بالذكر أنه تم تطوير بعض مقاييس الإبداع والتفكير الابتكاري في الأردن، كمقياس تورانس للتفكير الإبداعي (الشنطي، ١٩٨٣، عقل، ١٩٨٣).

مقاييس السمات الشخصية والعقلية :

تعتبر مقاييس السمات الشخصية والعقلية التي تميز ذوي التفكير الابتكاري المرتفع عن غيرهم وأحكام المدرسين، من الأدوات المناسبة في التعرف إلى السمات الشخصية، العقلية، من مثل الطلاقة والمرونة والأصالة في التفكير، وقوة الدافعية والمثابرة، والقدرة على الالتزام بأداء المهمات، والانفتاح على الخبرة، ومن المقاييس التي طورت في البيئة الأردنية والتي تقيس السمات الشخصية والعقلية، مقياس السمات العقلية ـ الشخصية للمبدعين (أبو عليا، ١٩٨٣) والذي يتضمن ٧٥ فقرة موزعة على تسعة أبعاد هي : القدرة على تحمل الغموض، الاستقلال في التفكير والحكم، والمرونة في التفكير والأصالة في التفكير، والتفكير التأملي، والقدرة على التفكير، والانفتاح على الخبرة.

كمـا تعتبـر أحكـام المـدرسين من الأدوات الـرئيسية في التعـرف إلى الأطفال الموهوبين أو الذين يمكن أن يكونوا موهوبين والذين يتميزون عن بقية الطلبة العاديين، وتتكـون أحكـام المـدرسين من خلال ملاحـظة المدرس للطلبة في المواقف الصفية واللاصفية، فقد يجمع المدرس ملاحظات حول مدى مشاركة الطالب الصفية، وطرحه لنوعية معينة من الأسئلة، واستجابته المميزة، واشتراكه في الجمعيات العلمية، وتحصيله الأكـاديمي المـرتفـع، وميوله الفنية والموسيقية والرياضية . . . الخ . وقد طور كل من رينـزولي ورفـاقـه (Renzulli, J. Hartman, R. & Callahar, C. 1975) مقياساً لقياس السمات الشخصية التي تميز الطلبة المتفوقين والذي يعرف باسم : (Scale For Rating Behavioral Characteristics Of Superior Students أي مقياس تقدير الخصائص السلوكية للطلبـة المتفوقين، ويتضمن هذا المقياس أربعة جوانب رئيسية هي : القدرة على التعلم، والدافعية، والإبداعية، والقيادية، وقد اشتقت تلك الجوانب من دراسات سابقة في السمات الشخصية للموهوبين (Hallahan & Kauffman, 1981) .

الخصائص السلوكية للموهوبين :

تقسم الخصائص السلوكية للموهوبين إلى ثلاثة جوانب، وذلك تسهيلاً لدراسة تلك الخصائص وهي :

١ ـ الخصائص الجسمية.

٢ ـ الخصائص العقلية.

٣ ـ الخصائص الانفعالية والاجتماعية.

الخصائص الجسمية :

ظهـرت بعض الاعتقادات الخاطئة حول الخصائص الجسمية للموهوبين والتي تلخصت في : ضعف النمو الجسمي، والنحول، الخ، لكن الدراسات الحديثة حول خصائص الموهوبين الجسمية تشير إلى عكس ذلك، فهم أكثر صحة ووزناً وطولاً ووسامة

وحيوية وتفوقاً في التآزر البصري الحركي، وأقل عرضة للأمراض مقارنة مع الأفراد الذين يماثلونهم في العمر الزمني وليس من الضروري أن تنطبق تلك الخصائص على كل طفل موهوب، إذ لا بد وأن نتوقع فروقاً فردية حتى بين الموهوبين في خصائصهم الجسمية، ومن الدراسات التي أثبتت تفوق الموهوبين في خصائصهم الجسمية على العاديين، دراسة تيرمان (Terman, 1920) ودراسة تيرمان واودن (Terman & Oden, 1959) ، ودراسة ويلرمان وفدلر (Willerman & Fiedler, 1974) ، ودراسة جالجر (Gallagher 1976) .

الخصائص العقلية:

تعتبر الخصائص العقلية أكثر الخصائص تمييزاً للموهوبين عن العاديين إذ تشير الدراسات الحديثة إلى تفوق الموهوبين على العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني في كثير من مظاهر النمو العقلي، فهم أكثر انتباهاً وحباً للاستطلاع من حولهم، وأكثر طرحاً للأسئلة التي تفوق في الغالب عمرهم الزمني، وأكثر قدرة على القراءة والكتابة في وقت مبكر، وأكثر سرعة في حل المشكلات التعليمية، وأكثر دقة واستجابة للأسئلة المطروحة عليهم، وأكثر تحصيلاً، وأكثر تعبيراً عن أنفسهم، وأكثر قدرة على النقد وأكثر نجاحاً وفي عمر مبكر، وأكثر مشاركة في النشاطات التعليمية. وليس من الضروري أن تنطبق تلك الخصائص على كل طفل موهوب، إذ لا بد وأن نتوقع فروقاً فردية ما بين الموهوبين في خصائصهم العقلية، ومن الدراسات التي أثبتت تفوق الموهوبين في خصائصهم العقلية على العاديين، دراسة تيرمان (Terman, 1920) ودراسة جالجر (Gallagher, 1966, 1976) .

الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

ظهرت بعض الاتجاهات الخاطئة نحو خصائص الموهوبين الانفعالية والاجتماعية وتلخصت تلك الاتجاهات في أن الموهوبين أكثر عزلة من الآخرين، وأقل مشاركة في الحياة الاجتماعية، وقد يبدو ذلك صحيحاً بالنسبة لبعض الموهوبين وخاصة أولئك الذين

يقعون إلى أقصى يمين منحني التوزيع الطبيعي للذكاء، ولكن الدراسات الحديثة تشير إلى خصائص مغايرة إذ تثبت أن غالبية الموهوبين أكثر انفتاحاً على المجتمع الخارجي، وأكثر مشاركة وتحسساً للمشكلات الاجتماعية وأكثر نقداً لما يجري حولهم، وأكثر استقراراً من النواحي الانفعالية والاجتماعية، وأكثر التزاماً بالمهمات الموكلة إليهم، وأكثر دافعية في أدائها، وأكثر حساسية لمشاعر الآخرين، وأكثر استمتاعاً بالحياة من حولهم، ومتعددي الاهتمامات، وأكثر شعبية وأكثر رتبة في سلم الوظائف والأعمال، وليس من الضروري أن تنطبق كل تلك الخصائص على كل موهوب، إذ لا بد من مراعاة ظاهرة الفروق الفردية حتى بين الموهوبين، ومن الدراسات التي أشارت إلى بعض تلك الخصائص الانفعالية والاجتماعية، تلك الدراسات التي أشار إليها هلهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1981)، والدراسات التي أشار إليها هيوارد واورلانسكي (Heward & Orlansky, 1980)، والدراسات التي أشار إليها كيرك (Kirk, 1970) ودراسة تايلور (Taylor, 1965)، ودراسة كارن وسند (Carin & Sund, 1970) ودراسة سند وتروبرج (Sund & Trowbridge, 1972)، ومن الدراسات العربية في هذا المجال دراسة الخالدي (١٩٧٥)، ودراسة أبو عليا (١٩٨٣) ودراسة عقل (١٩٨٣).

البرامج التربوية للموهوبين:

تختلف البرامج التربوية والتعليمية للموهوبين عن تلك البرامج التي تقدم للعاديين، وذلك بسبب هدف تلك البرامج لدى كل منهما، وتبدو طبيعة هذا الاختلاف في إثراء البرامج التربوية والتعليمية للموهوبين سواء كانوا في الصفوف العادية أم في الصفوف الخاصة أو المدارس الخاص بهم كما تبدو طبيعة هذا الاختلاف في الإسراع في الالتحاق بالمدرسة والانتهاء منها بوقت أقل، وفيما يلي شرح موجز لكل من الإثراء والإسراع.

الإثـــراء (Enrichment):

ويقصد بالإثراء أو الإغناء للبرنامج التربوي أو التعليمي، تزويد الطفل الموهوب

ـ أياً كانت المرحلة التعليمية ـ بنوع جديد من الخبرات التعليمية، تعمل على زيادة خبرته في البرنامج التعليمي، بحيث تختلف تلك الخبرات عن الخبرات المقدمة للطفل العادي في الصف العادي. ويقسم الإثراء إلى نوعين:

الأول: هو الإثراء الأفقي (Horizontal Enrichment).

والثاني: هو الإثراء العمودي (Vertical Enrichment).

ويقصد بالإثراء الأفقي، تزويد الموهوب بخبرات غنية في عدد من الموضوعات المدرسية، في حين يقصد بالإثراء العمودي، تزويد الموهوب بخبرات غنية في موضوع ما من الموضوعات المدرسية. ويذكر هيوارد وزميله (Heward & Orlansky, 1980) وهلهان، وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1981) وكيرك (Kirk, 1972) وكيرك وجالجر (Kirk & Gallagher, 1976) وكابلن (Kaplan, 1974) الأساليب التالية لعملية الإثراء:

١ ـ الزيارات الميدانية للمعامل والمختبرات والمصانع والمؤسسات التعليمية.

٢ ـ الأساتذة الزائرون في حقول التعليم المختلفة.

٣ ـ المجموعات الدراسية في مادة ما أو عدد من المواد الدراسية.

٤ ـ المشاركة في المخيمات/ الندوات/ الجمعيات العلمية/ نوادي الهوايات.

٥ ـ استخدام طريقة البحث العلمي في التحصيل الأكاديمي.

٦ ـ استخدام طريقة المشروعات في التحصيل الأكاديمي.

٧ ـ استخدام الطريقة التجريبية في التحصيل الأكاديمي (كالمختبرات والزيارات الميدانية والتجارب الحسية المباشرة . . . الخ).

٨ ـ دراسة مواد أعلى في مستواها الأكاديمي من العمر الزمني للموهوب.

٩ ـ استخدام الحاسوب (الكمبيوتر) في تعليم الموهوبين، وذلك من خلال استعمال

وتشغيل أجهزة الحاسوب وتوظيفها في العملية التعليمية.

١٠ ـ الدراسة المستقلة، الحرة، حيث يدرس الطالب مادة ما لرغبة في تلك المادة بغض النظر عن مكانة تلك المادة في البرنامج التعليمي.

الإسراع (Acceleration) :

ويقصد بالإسراع، والتسريع، العمل على توفير الفرص التربوية التي تسهل التحاق الطفل الموهوب بمرحلة تعليمية ما في عمر أقل من نظراءه من الأطفال العاديين، أو اجتيازه لمرحلة تعليمية ما في مدة زمنية أقل من المدة التي يحتاجها الطفل العادي. ويذكر كل من كيرك (Kirk, 1972) وكيرك وجالجر (Kirk & Gallagher, 1976)، وهيوارد وزميله (Heward & Orlansky, 1980) الطرائق التالية، التي تعمل على تحقيق الإسراع للموهوبين.

١ ـ الإلتحاق المبكر بالمدرسة (Early Enrollment in School) :

ويقصد بذلك أن يلتحق الطفل الموهوب بالمدرسة الابتدائية في عمر مبكر كعمر الرابعة أو الخامسة مثلاً مقارنة مع الطفل العادي الذي يلتحق بالمدرسة في سن السادسة مثلاً.

ويذكر كيرك عدداً من الدراسات (Hobson, 1948, 1956, Reynolds, 1962, Birch, 1954) التي أشارت إلى مميزات التحاق الطفل الموهوب في عمر مبكر بالمدرسة، منها تفوق الطلبة الموهوبين في تحصيلهم الأكاديمي مقارنة مع نظرائهم من العاديين، وسرعة تكيفهم الاجتماعي، وأنهم أكثر شعبية وقبولاً من الطلبة العاديين، وسوف يترتب على التحاق الطفل الموهوب بالمدرسة في عمر مبكر، اجتيازه للمراحل التعليمية التالية في عمر مبكر.

٢ ـ اجتياز الصفوف (Grades Skipping) :

ويقصد بذلك تجاوز الطفل الموهوب لصف دراسي ما، خاصة إذا أشارت نتائج

تحصيله الأكـاديمي إلى تفوق واضح في مستوى التحصيل الأكاديمي لذلك الصف. وعلى سبيل المثال يمكن للطفل الموهوب، أن يتجاوز الصف الثالث إلى الصف الرابع إذا أثبت تفوقه التحصيلي في مستوى الصف الثالث.

٣ ـ اجتياز مرحلة دراسية في مدة زمنية أقل (Study Period Skipping) :

ويقصـد بذلـك اختصـار المدة الزمنية التي يقضيها الطفل الموهوب في مرحلة دراسيـة ما، مقـارنـة مع المـدة التي يقضيهـا الطفـل العـادي في تلك المـرحلة، وعلى سبيـل المثـال، يمكن للطفـل المـوهـوب أن يجتـاز المـرحلة الإبتـدائيـة في أربـع سنوات بدلاً من ست سنوات إذا استطاع أن ينجح في الامتحانات العامة لتلك المرحلة وهو في مستوى الصف الرابع، أو إذا استطاع أن يدرس مناهج صفية دراسية في سنة دراسية واحدة. وقد يكون نظام الساعات المعتمدة في بعض الجامعات خير دليل على ذلك، إذ يستطيع الطالب الموهوب أو المتفوق أن يدرس عدداً من الساعات في الفصل الدراسي الواحد، يفوق عدد الساعات التي يدرسها الطالب العادي، ويعني ذلك اجتياز الطالب الموهوب للدراسة الجامعية الأولى في سنتين ونصف أو ثلاث سنوات بدلاً من أربع أو خمس سنوات كما هو الحال لدى الطالب العادي.

إن اتباع طرائق الإسـراع السـابقة الذكر، مع الأطفال الموهوبين، يعني تجاوز الطالب الموهوب للمراحل الدراسية الابتدائية، والإعدادية، والثانوية في مدة زمنية أقل، ويترتب على ذلك التحاق الطالب بالتعليم الجامعي والانتهاء منه في مدة زمنية، وفي عمر مبكر، وبالرغم من معارضة البعض للخطوات السابقة في عملية الإسراع، لما يترتب عليها من مشكلات اجتماعية تكيفية، إلا أن معظم الدراسات تؤكد قدرة الطفل الموهوب على تجاوز تلك المشكلات التكيفية.

وقد يكون من المناسب أن نشير أخيراً إلى العلاقة المتبادلة بين عملية الإثراء، والإسراع في تنظيم برامج الموهوبين التربوية، إذ لا تنجح عملية الإثراء بدون عملية الإسراع، والعكس صحيح، إذ تمكن عملية الإثراء الطفل الموهوب من تجاوز مرحلة

دراسية ما في مدة زمنية أقل، كما أن عملية الإسراع لا تتم إلا من خلال إثراء الطفل الموهوب بخبرات تربوية معينة تمكنه من اجتياز مرحلة دراسية ما في مدة زمنية أقل.

الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين:

تباينت الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين، تبعاً لاختلاف الفلسفات الاجتماعية، من مجتمع إلى آخر، وفي نظرتها إلى الهدف العام من تربية الموهوبين، فقد ظهرت في بعض المجتمعات مدارس خاصة بالموهوبين، في حين نادت بعض المجتمعات بدمج الموهوبين في المدارس العادية. ويمكن تلخيص الاتجاهات العامة في تربية الموهربين في ثلاث اتجاهات، هي:

* الاتجاه الأول، وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين (Mainstr-eaming) في المدرسة العادية.

* الاتجاه الثاني، فهو الاتجاه الذي ينادي بفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين وفتح مدارس خاصة بهم (Special Schools For The Gifted).

* الاتجاه الثالث، فهوذلك الاتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدرسة العادية ولكن في صفوف خاصة بهم.

وتبدو مبررات الاتجاه الأول فيما يلي:

١ - المحافظة على التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية في الصف العادي، إذ يمثل ذلك التوزيع ثلاث مستويات على الأقل من الطلبة في الصف العادي، هي: المستوى المتفوق، والمستوى العادي والمستوى الذي يقل عن المستوى العادي.

٢ - المحافظة على التفاعل الاجتماعي في الصف العادي، بين ثلاث مستويات من القدرة العقلية وما يولده ذلك التفاعل الاجتماعي من فرص تنافسية.

أما مبررات الاتجاه الثاني فتبدو فيما يلي:

١ ـ إعـداد الكفاءات والكـوادر العلمية المتخصصـة في المجـالات الاقتصـادية والعلمية، والاجتماعية . . . الخ للمجتمع.

٢ ـ إعداد القيادات الفكرية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية . . . الخ للمجتمع.

٣ ـ توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

أما مبررات الاتجاه الثالث فتبدو فيما يلي:

١ ـ المحـافـظة على التفـاعـل الاجتمـاعي بين مستويات الطلبة العقلية الثلاثة في المدرسة العادية، وما يولده ذلك التفاعل من فرص تنافسية حقيقية بين الطلبة في المجالات المختلفة.

٢ ـ إعداد القيادات الفكرية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية . . . الخ للمجتمع.

٣ ـ إعداد الكفاءات والكوادر العلمية المتخصصة في المجالات المختلفة.

٤ ـ توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

وقد ظهرت بعض التطبيقات العلمية للاتجاه الثاني والثالث، حيث يعتبر الاتجاه الأول هو الاتجاه السائد في معظم دول العالم، وتبدو تطبيقات الاتجاه الثاني في فتح المدارس الخاصة بالموهوبين، وعلى سبيل المثال أنشئت أول مدرسة للموهوبين في الدول العربية في جمهورية مصر العربية في عام ١٩٥٤/ ١٩٥٥، وكانت نسبة الإقبال على مدرسة المتفوقين ما بين ٤٢٪ ـ ٦٠٪ من عدد الطلبة المتفوقين، حيث تنص لائحة القبـول بمـدرسـة المتفوقين على قبول خمسة من العشرة الأوائل في امتحان الشهادة الإعدادية من كل منطقة، واستقبلت المدرسة في عامها الأول ٦١ طالباً بالصف الأول الثانوي وزاد عدد طلبة مدرسة المتفوقين تدريجياً. وكان الغرض من إنشاء هذه المدرسة هو إعداد ورعاية المتفوقين لتولي قيادات مهام البناء في المستقبل لدولة تسعى لبناء نفسها

على أسس علمية، وذلك من خلال الكشف عن ميول واستعدادات الطلبة، ومن ثم تدريبهم على التفكير والبحث العلمي والابتكار والتجديد والاختراع. أما عن مناهج مدرسة المتفوقين، فتضم مناهج المدرسة العادية مضافاً إليها مناهج للمستوى الرفيع في بعض المواد الدراسية، كما نتبع طرائق التدريس القائمة على البحث والتجربة والاطلاع الخارجي والزيارات العلمية والرحلات والمشاهدات والتطبيق العملي للقوانين والحقائق النظرية والاعتماد على الوسائل السمعية والبصرية، وقد ابتكرت طرائق تدريسية تناسب كل مادة بعينها من المواد الدراسية سواء أكانت اللغة الانجليزية أو المجتمع العربي، أو اللغة العربية، والرياضيات، واللغة الألمانية وكذلك الحال في المواد الإضافية والتي شملت اللغة الانجليزية والرياضيات والفيزياء والكيمياء والتاريخ الطبيعي والدراسات الإنسانية.

وقد عمدت وزارة التربية في جمهورية مصر العربية على اختيار أحسن الكفاءات التدريسية لتلك المدرسة، كما وفرت فرص الرعاية العلمية والنفسية والتربوية والاجتماعية للمتفوقين، أما عن النتائج التي حققتها المدرسة، فقد تخرج منها في العام الدراسي ٦٨/١٩٦٩، ٦٨٤ طالباً التحقوا بكليات الهندسة والطب، والكليات الفنية العسكرية، والصيدلة، والعلوم، والزراعة، كما عمل ٩٠٪ من خريجي المدرسة كمعيدين أو باحثين في مراكز البحوث العلمية أو في الكليات التي تخرجوا منها (الحديدي *، ١٩٦٩ بركات *، ١٩٨١).

وقد ظهرت في الولايات المتحدة الأميركية بعض المدارس الخاصة بالموهوبين، ومنها** (The Hunter College Elementary School)، حيث تقبل هذه المدرسة الطلبة الموهوبين والذين تتراوح أعمارهم من سن الثالثة وحتى سن الحادية عشرة، حيث يدرس

---

* من أجل المزيد من التفاصيل حول هذه المدرسة، فيرجى الرجوع إلى المصدرين المشار إليهما أعلاه.

** من أجل المزيد من التفاصيل حول هذه المدرسة يرجى الرجوع إلى مقال بعنوان: ثانوية برونكس مدرسة الموهوبين بقلم ادوارد داكين، مجلة المجال، رقم ١٨٧، ١٩٨٦، ص٢٤ - ٢٥.

الطلبة في هذه المدرسة بطريقة مستقلة، كما ظهرت مدارس أخرى في ولاية كليفلاند (Cleveland Major Work Classess) وكذلك في مدينة نيويورك، كمدرسة (The Bronx High School Of Science) أما فيما يتعلق بالصفوف الخاصة أو البرامج الخاصة للموهوبين والملحقة بالمدرسة العادية، فقد ظهرت بعض النماذج من تلك الصوف أو البرامج، إذ يذكر زيتون * (١٩٨٨) البرامج التالية:

١ - برنامج التفكير المنتج (The Productive Thinking Program) :

وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ الصفين الخامس والسادس الابتدائي وذلك بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، بطريقة التعلم الذاتي، ويتألف البرنامج من ١٥ درساً يتضمن كل منها الكشف عن لغز أو عن حدث ما، حيث يطلب من التلاميذ معرفة ذلك اللغز.

٢ - برنامج بيرود لتنمية التفكير الإبداعي (The Purdue Creative Thinking Program) :

وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ المرحلة الابتدائية في الصف الثالث والرابع والخامس الإبتدائي وذلك بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، ويتألف هذا البرنامج من ٢٨ درساً مسجلة على أشرطة سمعية (كاسيت) مع تمارين مطبوعة مرافقة لها، وقد أثبت هذا البرنامج فعاليته في تنمية التفكير الإبداعي لذا انتشر هذا البرنامج في معظم الولايات المتحدة الأمريكية.

٣ - برنامج بارنز (The Parnes Program) :

صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، في مدينة بافلو (Buffalo) في ولاية نيويورك، وذلك من خلال إثارة الأفكار المختلفة الجماعية

* من أجل المزيد من التفاصيل حول هذه البرامج فيرجى الرجوع إلى المصدر المشار إليه أعلاه.

حول موضوع ما (Brain Storming) وقد أشارت الدراسات التقيمية لهذا البرنامج إلى قيمته في تنمية التفكير الإبداعي.

٤ - برنامج مايرز - تورانس (Myers - Torrance Workbook, 1964) :

وقد صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى طلبة المرحلة الإبتدائية، ويتضمن البرنامج عدداً من الأسئلة والتمارين التي تنمي التفكير الإبداعي لدى الطلبة، وقد أشارت الدراسات التقيمية لهذا البرنامج إلى فعاليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٥ - برنامج كاتينا (Khatena's Training Method, 1973) :

صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي للأطفال والبالغين، ويتضمن هذا البرنامج عدة صور لأدوات وبرامج تدريب على التفكير الإبداعي، وقد أشارت الدراسات التقيمية لهذا البرنامج إلى فعاليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٦ - برنامج اكرون المدرسي الاستكشافي (Akron's Exploratory School Program, 1980) :

وقد صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى طلبة المدارس، ويتضمن البرنامج ١٢ رزمة تعليمية في العلوم والرياضيات، وفي كل منها مشكلات يطلب البحث عن حلول لها من قبل الطلبة وفق أسلوب البحث والاستقصاء، وأشارت الدراسات التقيمية لهذا البرنامج إلى فعاليته في تنمية التفكير الإبداعي في حل المشكلات العلمية والرياضية.

وفي الأردن ظهر ما يسمى بالبرنامج الريادي للمتفوقين والموهوبين (١٩٨٤)، حيث يعتبر هذا النموذج موازياً للاتجاه الثالث في تربية الموهوبين ألا وهو اتجاه فتح الصفوف الخاصة للموهوبين والملحقة بالمدرسة العادية، فقد قامت مؤسسة إعمار السلط «بتبني مشروع ريادي تجرى فيه تجربة علمية لاستكشافات المتفوقين وذوي

المواهب المميزة من الشباب والشابات في المرحلة الثانوية في مدارس مدينة السلط، وتطوير برنامج مقابل يؤدي إلى إثراء معلوماتهم الأساسية في اللغات والرياضيات والعلوم، من جهة، ويغذي من جهة أخرى أنشطتهم الإبداعية وينمي شخصياتهم وقدراتهم القيادية».

وقد استقبل المركز الريادي أول مجموعة في العام الدراسي ١٩٨٥/٨٤، حيث تكونت تلك المجموعة من ٩٠ طالباً وطالبة ممن أنهوا المرحلة الإعدادية، وفي عام ١٩٨٥ انضم ٩٠ طالباً وطالبة إلى البرنامج، وأصبح عدد الطلبة في العام ٨٧/٨٦ حوالي ٢٧٠ طالباً وطالبة ويقبل الطلبة في هذا البرنامج وفق أسس تنافسية تأخذ بعين الاعتبار معدلات الطلبة في امتحان الشهادة الإعدادية، ووفق نتائجهم على اختبارات الاستعداد التحصيلي. ويتضمن البرنامج المدرسي تسعة حصص أسبوعية تغطي مواد اللغة الانجليزية والرياضيات واللغة العربية والعلوم والحاسوب، كما يتضمن البرنامج المدرسي عدداً من الأنشطة منها الموسيقى، والنشاط الإبداعي، والفن، والطباعة، الرياضة، والحاسوب. أما عن طرائق التدريس المستخدمة في هذا البرنامج فهي المحاضرات، والرحلات والزيارات الميدانية، والأساتذة الزائرين، والتدريب العملي، (مؤسسة إعمار السلط، ١٩٨٤). وتتجه النية في الأردن إلى فتح مدرسة أخرى للموهوبين (مدرسة اليوبيل) وذلك انطلاقاً من إيمان المسؤولين في وزارة التربية والتعليم ومؤسسة نور الحسين على استكشاف الأطفال الموهوبين في المجتمع الأردني وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن.

دراسات عربية في سيكولوجية الموهوبين:

ظهر عدد غير قليل من الدراسات العربية في سيكولوجية الموهوبين، وقد حاول المؤلف جمع بعض تلك الدراسات، وذلك بهدف التعرف إلى الدراسات العربية التي أجريت في هذا المجال ومنها:

الدراسة الأولى: العلاقة بين التفوق العقلي وبعض جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي لدى تلاميذ المدارس الإعدادية العراقية:

وقد هدفت تلك الدراسة والتي أعدها الخالدي (١٩٧٢) إلى دراسة العلاقة بين التفوق العقلي وبعض جوانب التفوق الشخصي والاجتماعي لدى تلاميذ المدارس الإعدادية العراقية، وتبدو أهمية هذه الدراسة في الكشف عن العلاقة بين التفوق العقلي ومظاهر التوافق الشخصي والاجتماعي، ومن ثم الاستفادة من تلك العلاقة في التخطيط التربوي لبرامج المتفوقين عقلياً. وقد شملت الدراسة خمسة عشر فرضية نفسية، خلاصتها أن لا علاقة بين التفوق العقلي كما يقاس باختبار القدرة العقلية العامة، وبعض الخصائص الشخصية والاجتماعية كالاعتماد على النفس والإحساس بالقيمة الذاتية، والشعور بالانتماء والتحرر من الميل إلى الانفراد، والخلو من الأعراض العصابية، والتوافق الشخصي، والاعتراف بالمستويات الاجتماعية، واكتساب المهارات الاجتماعية، والتحرر من الميول المضادة للمجتمع والعلاقات في الأسرة، والعلاقات في المدرسة، والعلاقات في البيئة المحلية، والتوافق الاجتماعي، والتوافق العام، ومن أجل دراسة تلك العلاقة فقد طبق الباحث اختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية، (إعداد عطية محمود هنا، بدون تاريخ) والذي يتضمن قسمين الأول هو التوافق الشخصي وعدد أبعاده خمسة، والثاني هو التوافق الاجتماعي، وعدد أبعاده خمسة أيضاً، على عينة عراقية مؤلفة من ألف من الطلبة العراقيين في بغداد، وبعد ذلك جمعت المعلومات نتيجة تطبيق الاختبارات المشار إليها وعولجت إحصائياً، حيث استخرجت مصفوفة ارتباطية للعلاقة بين القدرة العقلية العامة وجوانب التوافق الشخصي والاجتماعي، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين القدرة العقلية الهامة وجميع جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي في مستوى دلالة ٠,٠١، ويعني ذلك أنه كلما زادت القدرة العقلية العامة للفرد كلما زاد التوافق الشخصي.

الدراسة الثانية: بعض الخصائص الشخصية والتكيفية والخلقية للمتفوقين تحصيلياً في الرياضيات مقارنة بالعاديين:

وقد هدفت تلك الدراسة التي أعدها صبري (١٩٨٣) إلى دراسة الفروق بين الطلبة المتفوقين في الرياضيات، والعاديين في الخصائص الشخصية والتكيفية، وكان السؤال الرئيسي في هذه الدراسة: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتفوقين تحصيلياً في الرياضيات في الصف الثاني الثانوي العلمي، والعاديين، في الخصائص الشخصية كما تقيسها قائمة مينسوتا الإرشادية، وفي مستوى الأحكام الخلقية كما يقيسها اختبار كولبرج للأحكام الخلقيّة.

تألفت عينة الدراسة من مئة من الطلبة المتفوقين من مدارس مدينة عمان ومئة طالبة من الطلبة العاديين، في تحصيلهم في الرياضيات، بطريقة عشوائية، كما طبق على كل من المجموعتين قائمة مينسوتا الإرشادية المعربة والمعدلة للبيئة الأردنية، والتي تتألف من المقاييس التالية: مقياس العلاقات العائلية، مقياس العلاقات الاجتماعية، مقياس الاستقرار العاطفي، مقياس الامتثال، مقياس التكيف للواقع، مقياس المزاج، مقياس القيادية، كما طبق أيضاً اختبار كولبرج للأحكام الخلقية، على ستين مفحوصاً من أفراد العينة المتفوقين والعاديين في تحصيلهم في الرياضيات، وقد تكون مقياس كولبرج للأحكام الخلقية من ثلاثة مواقف خلقية، وبعد ذلك جمعت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق وعولجت إحصائياً، باستخدام أسلوب تحليل التباين الثنائي، وأشارت النتائج إلى أن للتفوق في الرياضيات أثراً ذا دلالة إحصائية على جميع قائمة مينسوتا الإرشادية ($\propto$ = ٠,٠١) كما أظهرت الدراسة أن للجنس (ذكور، وإناث) أثراً ذا دلالة إحصائية لصالح الإناث على مقاييس العلاقات العائلية ومقياس الامتثال، ولصالح الذكور على مقياس القيادية، ولم تظهر الدراسة أي أثر تفاعل عاملي التحصيل والجنس على أي مقياس من مقاييس قائمة مينسوتا، كما أشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى أنه ليس للتحصيل في الرياضيات أثر ذا دلالة إحصائية في مستوى الأحكام الخلقية.

الدراسة الثالثة: السمات العقلية الشخصية التي تميز الطلبة المبدعين عن غيرهم في المرحلة الثانوية في عينة أردنية:

وقد هدفت هذه الدراسة والتي أعدها أبو عليا (١٩٨٣) إلى التعرف إلى السمات العقلية الشخصية المميزة للطلبة ذوي التفكير الإبداعي في المرحلة الثانوية في الأردن، ومن أجل تحقيق ذلك فقد استخدم الباحث أداتين توفرت لهما دلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة الأردنية، الأولى هي اختبار التفكير الإبداعي في صورة مطورة للبيئة الأردنية (والذي طوره عقل، ١٩٨٣) والذي يتكون من ثلاثة مقاييس فرعية هي الطلاقة، والمرونة، والأصالة في التفكير، حيث يتكون كل منها من ثماني فقرات، أما الأداة الثانية فهي مقياس السمات العقلية الشخصية للطلبة المبدعين، والذي طوره الباحث والذي يتألف من ٧٥ فقرة موزعة على سبعة أبعاد رئيسية هي: القدرة على تحمل الغموض، والاستقلال في التفكير والحكم، والمرونة في التفكير والأصالة في التفكير، والتفكير التأملي والقدرة على النقد، والانفتاح على الخبرة. أما عينة الدراسة فقد تألفت من ٤٠٠ مفحوصاً من طلبة الصف الثالث الثانوي للفرعيين العلمي والأدبي في المدارس الحكومية في مدينة عمان للعام الدراسي ١٩٨٣/٨٢، وقد تم أولاً تطبيق مقياس التفكير الإبداعي على العينة المذكورة وذلك بهدف دراسة أثر كل من عاملي الجنس (ذكور، وإناث) - التخصص الأكاديمي (أدبي / علمي) على مستوى الإبداع، هذا بالإضافة إلى فرز مجموعتين من الطلبة الأولى تتصف بمستوى مرتفع في التفكير الإبداعي، في حين تتصف الثانية بمستوى منخفض من التفكير الإبداعي، وقد جمعت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق، وعولجت إحصائياً، حيث استخدم الباحث أسلوب تحليل التباين الثنائي لمعرفة أثر كل من الجنس والتخصص الأكاديمي على اختبار التفكير الإبداعي، في حين استخدم الباحث أسلوب تحليل التباين الثلاثي لدراسة كل من مستوى الإبداع والجنس والتخصص الأكاديمي على أداء الطلبة على مقياس السمات العقلية الشخصية، وأشارت النتائج إلى ما يلي:

١ ـ إن للتخصص الأكاديمي أثر ذا دلالة إحصائية (∝ = ٠,٠٥) على اختبار التفكير الإبداعي، لصالح التخصص العلمي.

٢ ـ لم يكن للجنس أثر ذا دلالة إحصائية على اختبار التفكير الإبداعي.

٣ ـ إن لمستوى الإبداع أثراً ذا دلالة إحصائية (∝ = ٠,٠٠١) على جميع المقاييس الفرعية لمقياس السمات العقلية الشخصية لصالح ذوي الإبداع المرتفع.

٤ ـ إن للتخصص الأكاديمي أثر ذا دلالة إحصائية على مقياسين فرعيين من مقياس السمات العقلية الشخصية هما القدرة على تحمل الغموض ∝ = ٠,٠١) والمرونة في التفكير (∝ = ٠,٠٥،) لصالح التخصص العلمي.

٥ ـ إن لمتغير الجنس أثر ذا دلالة إحصائية (∝ = ٠,٠١) على مقياس فرعي واحد من مقياس السمات العقلية الشخصية هو مقياس الاستقلال في التفكير والحكم، لصالح الإناث.

٦ ـ إن لتفاعل متغيري الجنس والتخصص الأكاديمي أثراً ذا دلالة إحصائية (∝ = ٠,٠٥) على مقياس فرعي من مقياس السمات العقلية الشخصية هو مقياس الانفتاح على الخبرة ولم يكن للتفاعل بين متغيري الجنس والتخصص الأكاديمي أثراً في بقية المقاييس الفرعية الأخرى.

الدراسة الرابعة: دلالات صدق وثبات اختبارات تورانس للتفكير الإبداعي، صورة معدلة للبيئة الأردنية، الاختبار اللفظي أ، والاختبار الشكلي أ:

وقد هدفت هذه الدراسة والتي أعدها الشنطي (١٩٨٣) إلى التعرف إلى دلالات صدق وثبات اختبارات تورانس للتفكير الإبداعي في صورتها المعدلة للبيئة الأردنية بالصورة اللفظية أ، والصورة الشكلية أ. ومن أجل تحقيق ذلك أعد الباحث اختبارات تورانس في صورتها المعربة، ضمن عدد من الإجراءات، كما أعد نماذج لتصحيح الاختبارات ورصد درجات المفحوصين، حيث تتكون الصورة اللفظية من سبع اختبارات

تتطلب من المفحوص كتابة أسئلة أو وضع تخمينات للأسباب أو النتائج أو تحسين إنتاج، أو اقتراح استخدامات بديلة لأشياء أو وضع افتراضات لمواقف غير محتملة بحيث تكون غير شائعة، أما الصورة الشكلية فتتكون من ثلاث اختبارات، تتطلب من المفحوص رسم موضوع أو موضوعات على خط مقفل أو خطوط ناقصة أو خطوط مفتوحة على أن تكون هذه الموضوعات غير مألوفة أيضاً. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة، طبق الباحث اختبارات تورانس بصورتها على عينة عشوائية مؤلفة من ٢٨٢ طالباً وطالبة من طلبة الصفوف الإعدادية الثلاثة من مدارس محافظة عمان العاصمة للعام الدراسي ١٩٨٣/٨٢ وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، الأولى تمثل الطلبة ذوي الإبداع المرتفع وعددها ١٤٧ طالبة وطالب حسب تقديرات المعلمين، في حين تمثل الثانية مجموعة الطلبة ذوي الإبداع المنخفض وعددها ١٣٥ طالباً وطالبة، حسب تقديرات المعلمين أيضاً، وبعد تطبيق الاختبار والحصول على البيانات الإحصائية، عولجت تلك البيانات إحصائياً باستخدام اختبارات (t - test) ،وباستخدام معاملات الارتباط، وأشارت النتائج إلى ما يلي:

١ ـ توجد فروق ذات دلالة إحصائية (∝ = ٠,٠١) بين مجموعة ذوي الإبداع المرتفع، ومجموعة ذوي الإبداع المنخفض، على مقياس تورانس للتفكير الإبداعي، لصالح مجموعة ذوي الإبداع المرتفع في الأبعاد التالية: الطلاقة، والمرونة، والأصالة، والتفاصيل، وتعكس هذه النتيجة دالة من دلالات صدق المقياس في صورته الأردنية.

٢ ـ توجد علاقة ترابطية بين الدرجة الكلية للطلبة على المقياس بصورته اللفظية والشكلية، والدرجة التي حصل عليها الطلبة في قوائم تقديرات المعلمين (معاملات الترابط ٠,٧٠، ٠,٦٧) وتعكس هذه النتيجة دالة من دلالات صدق المقياس في صورته الأردنية (∝ = ٠,٠١).

٣ ـ توجد علاقة ترابطية بين الدرجة الكلية على المقياس ودرجات المقاييس الفرعية:

(الطلاقة والمرونة، و الأصالة، (معامل الترابط ٠,٦٠ ٠,٦٣) وتعكس هذه النتيجة دالة من دلالات صدق المقياس في صورته الأردنية (∝ = ٠,٠١).

٤ ـ أظهرت معاملات الثبات للمقياس في صورته الأردنية المحسوبة بطريقة الإعادة، دلالات إحصائية عن ثبات المقياس (∝ = ٠,٠١) حيث بلغت معاملات الثبات للصور اللفظية ٠,٧٠، وللصورة الشكلية ٠,٦٦.

الدراسة الخامسة: أثر أساليب التنشئة الأسرية في تنمية القدرة على التفكير الابتكاري لدى طلاب المرحلة الثانوية في الأردن:

وقد هدفت هذه الدراسة والتي أعدها عقل (١٩٨٣) إلى التعرف إلى أثر أساليب التنشئة الأسرية المحددة في هذه الدراسة على مستوى التفكير الابتكاري، كما تدل عليه درجاتهم على مقياس التفكير الابتكاري. ومن أجل تحقيق ذلك الهدف فقد طبق الباحث مقياس التفكير الابتكاري ومقياس التسامح والتسلط الأسري على عينة مؤلفة من ٥٠ فرداً من الآباء والأمهات، وعلى ٤٠ طالباً من طلبة مدرسة الحسين الثانوية بعمان، وقد عولجت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق إحصائياً وباستخدام اختبار «ت» أشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب تنشئة الأب للأبناء أو الأم لأبنائها وبين مستوى التفكير الابتكاري، كما أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين أسلوب تنشئة الوالدين لأبنائهما وبين مستوى التفكير الابتكاري للأبناء.

الدراسة السادسة: العلاقة بين التفكير الإبداعي والتحصيل في الرياضيات:

وقد هدفت هذه الدراسة والتي أعدتها خصاونة (١٩٨٤) إلى الكشف عن العلاقة بين التفكير الإبداعي والتحصيل في الرياضيات من خلال المقارنة بين أسلوبي الاكتشاف، والعرض في تعلم الطلبة للمفاهيم والتعميمات الرياضية، ومن أجل تحقيق ذلك الهدف فقد استخدمت الباحثة عينة مؤلفة من ٢٣١ طالباً و ٢٢١ طالبة من طلبة الصف الثاني الإعدادي من مدارس مكتب تربية إربد للعام الدراسي ١٩٨٣/٨٢، وقد

وزعت العينة وفق مجموعتين الأولى تمثل مجموعة الطلبة التي تدرس بطريقة الاكتشاف، وأما المجموعة الثانية فهي تمثل مجموعة الطلبة التي تدرس بطريقة العرض (الطريقة التقليدية)، كما صنفت مجموعات الطلبة حسب مستويات التفكير الإبداعي (باستخدام الصورة الأردنية المعدلة من مقياس تورانس للتفكير الإبداعي) إلى مستويين: مستوى التفكير الإبداعي المرتفع، ومستوى التفكير الإبداعي المنخفض، وقد جمعت البيانات الناتجة عن عملية التحصيل بكلا الطريقتين لكلا مجموعتي التفكير الإبداعي، وأشارت الدراسة إلى مجموعة عن النتائج منها: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية (∝ = ٠,٠٥) في تحصيل طلبة الصف الثاني الإعدادي تعزى للتفاعل بين أسلوب التدريس والتفكير الإبداعي أو للتفاعل بين جنس الطالب والتفكير الإبداعي، أو لكل من أسلوب التدريس وجنس الطالب والتفكير الإبداعي.

الدراسة السادسة: تطوير صورة أردنية معدلة عن مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة (الروسان، البطش وقطامي ١٩٩٠)

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير صورة أردنية معدلة عن مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة، تتوافر فيها دلالات صدق وثبات، وفاعلية فقرات مقبولة في البيئة الأردنية.

وشملت عملية إعداد المقياس عدداً من المراحل والإجراءات، تمثلت في إعداد صورة أولية من المقاييس ومراجعتها من قبل عدد من المحكمين، ومن ثم تطبيق تلك الصورة على عينة أردنية مؤلفة من ١٩٤ طفلاً وطفلة يمثلون عدداً من رياض الأطفال في منطقة عمان الكبرى. ثم حللت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق، وتم التوصل إلى دلالات عن صدق المقياس التلازمي بدلالة محك آخر هو الصورة الأردنية عن مقياس مكارثي للقدرة المعرفية (ر = ٠,٧٦؛ α = ٠,٠٠١)، وبدلالة تقديرات المعلمين لتحصيل الطلبة (ر = ٠,٧٦)، أما دلالات ثبات القياس فقد حسبت بثلاث طرق هي الطريقة النصفية (ر = ٠,٨٩)، وطريقة الاتساق

الداخلي (ر = ٠,٨٤)، وطريقة إعادة الاختبار (ر = ٠,٨٣). كما أشارت نتائج تحليل فقرات المقياس إلى معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية لجميع فقرات المقياس عدا أربع فقرات (α = ٠,٠١) .

الدراسة السابعة : التحليل العاملي للصورة الأردنية من مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة (البطش والروسان، ١٩٩١)

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن التكوين العاملي للصورة الأردنية من مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة؛ فطبق المقياس على عينة مؤلفة من ١٩٤ مفحوصاً من الجنسين يمثلون الفئات العمرية من ٣ ـ ٦ سنوات. وقد عولجت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق إحصائياً بطريقة العوامل الرئيسية وباستخدام محاور متعامدة . وأشارت نتائج التحليل إلى ظهور خمسة عوامل رئيسية اجتزأ كل منها نسبة من التباين الكلي للمقياس. وهذه العوامل هي : ١ . تعدد الاهتمامات (٢٤,٤٩٪) ؛ ٢ . اللعب الهادف والقبول الاجتماعي (٢٥,٧٢٪) ؛ ٣ . التفكير التخيلي (٢٠,٢٤٪) ؛ ٤ . الاستقلالية في التفكير والمثابرة (١٨,٥٠٪) ؛ ٥ . الأصالة في التفكير (١٠,٦٦٪) .

□□□□□

الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

- مقدمـــــة .
- مفهوم الإعاقة العقلية .
- نسبة الإعاقة العقلية .
- تصنيف الإعاقة العقلية .
- أسباب الإعاقة العقلية .
- قياس وتشخيص الإعاقة العقلية .
- الخصائص السلوكية للمعوقين عقلياً .
- الاعتبارات التربوية للمعوقين عقلياً .

(5)

الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

مقدمــــــة :

ظهرت في اللغة العربية العديد من المصطلحات الحديثة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية (Mental Impairment, or Mentally Handicapped) ومنها مصطلح النقص العقلي (Mental Deficiency) ومصطلح التخلف العقلي (Mental Ratardati-on) ومصطلح الضعف العقلي (Mental Subnormal, or Feeble Minded) كما ظهرت في اللغة العربية أيضاً بعض المصطلحات القديمة والتي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية ، والتي قل استخدامها في الوقت الحاضر، ومنها مصطلح الطفل الغبي أو الطفل البليد (Idiot, Dumb, or Dull Child) ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات التي تعبر وبطريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية ، فيميل الاتجاه الحديث في التربية الخاصة إلى استخدام مصطلح الإعـاقة العقلية ، وتبدو مبررات استخدام ذلك المصطلح مرتبطة باتجاهات الأفراد نحو الإعاقة العقلية وتغيرها نحو الإيجابية ، إذ يعبر مصطلح الإعاقة العقلية عن اتجاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة ، في حين تعبر المصطلحات القديمة ، أو غيرها عن اتجاه سلبي نحو هذه الفئة .

مفهوم الإعاقة العقلية :

تعتبر ظاهرة الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة على مر العصور، ولا يكاد يخلو

مجتمع ما منها، كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعاً يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلوم النفس والتربية والطب والاجتماع والقانون، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع، ولذا فليس من المستغرب أن نجد تعريفات مختلفة لهذه الظاهرة، وقد يكون من المناسب استعراض تلك التعريفات:

١ - التعريف الطبي (Medical Definition):

يعتبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرة الإعاقة العقلية، وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية، ففي عام ١٩٠٠ ركز ايرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو بعد الولادة (MacMillan, 1977, P. 33) وفي عام ١٩٠٨ ركز تريد جولد (Tredgold) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

٢ - التعريف السيكومتري (Psychometric Definition):

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينية في عام ١٩٠٥ (Benit) وما بعدها، بظهور مقياس ستانفورد بينية للذكاء (Stanford-Binet Intelligence Scale) والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد، في الولايات المتحدة (١٩١٦ - ١٩٦٠)، ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر للذكاء في عام ١٩٤٩ (Wechesler Intellegence Scale For Children) وغيرها من مقاييس القدرة العقلية، وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (Intelligence Quotient, I.Q.) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ معوقون عقلياً.

٣ ـ التعريف الاجتماعي (Social Definition) :

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينية، ومقياس وكسلر، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية وقد نادت بهذا الاتجاه ميرسر (Mercer, 1973) وجنسن (Jenesen, 1980)، ويركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية (Social Demands) المتوقعة منه، وقد ركز كثيرون من أمثال تريدجولد (Tredgold, 1908) ودول (Doll, 1941) وهيبر (Heber, 1959) وجروسمان (Grossman, 1973) وميرسر (Mercer, 1973) على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة العقلية، وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي (Adaptive Behav- ior)، والذي قيس بعدد من مقاييس السلوك التكيفي (Adaptive Behavior Scales).

تعريف الجمعية الأميركية للتخلف العقلي: (The American Association on Mental Retardation, AAMR) :

ظهر تعريف الجمعية الأميركية للتخلف العقلي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري والذي يعتمد على معيار القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، ونتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعتمد على معيار الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، فقد جمع تعريف

الجمعية الأميركية للتخلف العقلي بين المعيار السيكومتري والمعيار الاجتماعي، وعلى ذلك ظهر تعريف هيبر (Heber, 1959) والذي روجع في عام ١٩٦١، والذي تبنته الجمعية الأميركية للتخلف العقلي، ويشير تعريف هيبر إلى أنّ:

«الإعاقة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٦». ولكن في عام ١٩٧٣ ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقين عقلياً عالية جداً الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع لتصبح ١٦٪، وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف هيبر السابق، من قبل جروسمان (Grossman) في عام ١٩٧٣، وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي:

«تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائيّة منذ الميلاد وحتى سن ١٨».

وتبدو الفروق واضحة بين تعريف هيبر في عام ١٩٥٩ وتعريف جروسمان في عام ١٩٧٣ ويمكن تلخيص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية:

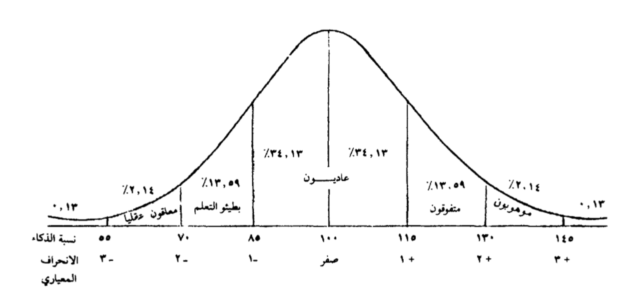
١ - كانت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والأفراد المعوقين حسب تعريف هيبر ٨٥ أو ٨٤ على مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد بينية، في حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والمعوقين حسب تعريف جروسمان ٧٠ أو ٦٩ على نفس المقاييس السابقة.

٢ - تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف هيبر ١٥,٨٦٪، في

حين تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف جروسمان ٢,٢٧٪.

٣ ـ كان سقف العمر النمائي حسب تعريف هيبر هو سن ١٦ سنة، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جروسمان هو سن ١٨ سنة.

ويوضح منحنى التوزيع الطبيعي أو منحنى التوزيع الاعتدالي (الشكل ٣) توزيع نسب الذكاء في المجتمع والتي تفسر الفروق في تعريف الإعاقة العقلية لدى كل من هيبر وجروسمان.



الشكل رقم (٣)

منحني التوزيع الطبيعي

ويعتبر تعريف جروسمان (١٩٧٣) من أكثر التعريفات قبولاً في أوساط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأميركية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣ وحتى الوقت الحاضر.

نسبة الإعاقة العقلية:

تنتشر ظاهرة الإعاقة العقلية في كل المجتمعات، ولا يخلو مجتمع ما منها، لكن نسبة انتشار تلك الظاهرة قد تختلف من مجتمع إلى آخر. فقد تزيد في بعض المجتمعات وقد تنقص في مجتمعات أخرى تبعاً لعدد من العوامل أهمها:

١ - معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هيبر للإعاقة العقلية (أقل بانحراف معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ١٥,٨٦٪، في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية (أقل بانحرافين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ٢,٢٧٪.

٢ - معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هيبر، وجروسمان للإعاقة العقلية، فإن سقف العمر النمائي لدى هيبر هو سن ١٦ في حين أنه لدى جروسمان هو ١٨ سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب تساوي تقريباً حوالي ٥٠٪ من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني انخفاض نسبة الإعاقة العقلية من ٢,٢٧٪ تقريباً إلى حوالي ١,٥٪ تقريباً من مجموع السكان في مجتمع ما.

٣ - معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: ويقصد بذلك أن الفرد المعوق عقلياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاءه عن ٧٥ وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقاييس السلوك التكيفي، ويعني ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعوقين عقلياً فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من ٢,٢٧٪ إلى ١٪.

٤ - العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي

والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع، والعكس صحيح، ولذا فليس من المستغرب أن تزداد نسبة المعوقين عقلياً في الدول النامية مقارنة مع الدول الصناعية المتقدمة، ففي دولة كالسويد مثلاً تبلغ نسبة الإعاقة العقلية ٤,٠٪ *، في حين تبلغ نسبة المعوقين في دول أمريكا اللاتينية حوالي ١١,٣٪. وتبلغ نسبة المعوقين في الدول العربية ٣,٨٪ تقريباً **.

وقد يكون من المناسب أن نشير إلى مصطلحين رئيسيين يرتبطان بموضوع انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية، الأول ويسمى نسبة الحدوث أو التكرار (Incidence) ويقصد به نسبة حالات الإعاقة العقلية التي تظهر في فترة زمنية محددة بالمقارنة مع مجموع السكان الكلي أو تشكل هذه النسبة في الغالب ١٪، أما المصطلح الثاني ويسمى نسبة الحدوث أو التكرار (Prevelance) ويقصد به نسبة حالات الإعاقة العقلية بشكل عام في المجتمع، حيث تجمع هذه النسبة بين الحالات القديمة والجديدة في المجتمع، وتشكل هذه النسبة في الغالب ٣٪.

تصنيف الإعاقة العقلية:

تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة، فقد تصنف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب التي أدت إليها، أو بحسب درجة الذكاء، أو بحسب الشكل الخارجي أو بحسب القدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي.

---

* The Swedish Institue, Support for The Disabled in Sweeden, A Fact Sheet on Sweeden, 1982, P.1.

** مكتب الإحصاء في اليونسكو، عرض إحصائي لأوضاع التربية الخاصة في العالم، مجلة التربية الجديدة/ العدد ٢٤، ١٩٨١، ص٢٩.

تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب (Classification by Causes) :

وهنا تقسم الإعاقة العقلية بحسب الأسباب التي أدت إليها، ومنها :

أ ـ الإعـاقـة العقليـة الأولية والتي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Causes) ويقصد بها الأسباب الوراثية .

ب ـ الإعاقة العقلية الثانوية والتي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل ، أو أثناء فترة الولادة (Perinatal Causes) أو بعدها (Postnatal Causes) وغالباً ما يطلق على هذه العوامل أو الأسباب البيئية .

تصنيف الإعــاقــة العقليـة بحسب الشكـل الخـارجي (Classification by Form) :

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات بحسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة منها، ومن هذه الفئات :

١ ـ المنغولية (Mongolism) :

وتسمى هذه الحـالـة باسم عرض داون (Down's Syndrome) نسبة إلى الطبيب الانجليزي (John Down) في عام ١٨٦٦ حيث قدم محاضرة طبية حول المنغولية كنوع من أنواع الإعاقة العقلية . وقد لاقى مثل هذا الاسم ترحيباً في أوساط المهتمين بالإعاقة العقليـة . وتشكـل حالـة المنغـوليـة حوالي ١٠٪ من حالات الإعـاقـة العقليـة المتوسطة والشـديـدة ويمكن التعـرف على هذه الحـالـة قبل عملية الولادة وأثنائها، كما ترتبط هذه الحالة بعمر الأم إذ تزداد نسبة هذه الحالة مع زيادة عمر الأم وبخاصة بعد عمر ٣٥سنة، ويبين الجدول رقم (٧) العلاقة بين عمر الأم ونسبة الولادات المنغولية، ثم نسبة حدوثها فيما بعد (MacMillan, 1977, P. 120) .

الجدول رقم (٧) العلاقة بين عمر الأم ونسب وتكرار حالات المنغولين

عمر الأم	نسبة الحدوث	نسبة تكرار الحدوث
٢٠ ـ ٣٠	١ : ١٥٠٠	١ : ٥٠٠
٣٠ ـ ٣٥	١ : ٦٠٠	١ : ٢٥٠
٣٥ ـ ٤٠	١ : ٣٠٠	١ : ٢٠٠
٤٠ ـ ٤٥	١ : ٧٠	١ : ١٠٠
٤٥ فما فوق	١ : ٤٠	١ : ٢٠

أما أسباب هذه الحالة فتعود إلى اضطرابات في الكرموسوم رقم ٢١ حيث يظهر زوج الكرموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين، وبذا يصبح عدد الكروموسومات لدى الجنين في حالة المنغولية ٤٧ كرموسوماً لا ٤٦ كرموسوماً كما هو الحال في الأجنة العادية، وهناك أسباب أخرى لحدوث حالات المنغولية تعود إلى خطأ ما في موقع الكرموسوم (Translocation) ولكن نسبة هذه الحالات قليلة جداً ولا ترتبط بعمر الأم كما هو الحال في حالات اضطرابات الكرموسوم رقم ٢١ والذي يرتبط بعمر الأم. أما أهم الخصائص العقلية لهؤلاء، فيمكن تصنيف هؤلاء ضمن فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين ٤٠ ـ ٥٥ أو ضمن فئة الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين ٥٥ ـ ٧٠، كما يتميز المنغوليون بخصائص جسمية مميزة حيث الوجه المسطح وصغر حجم الأنف المائل قليلاً، والعيون الضيقة الممتدة باتجاه عرضي، وكبر حجم الأذنين، وظهور اللسان خارج الفم، والاضطرابات في شكل الأسنان، وأيديهم وأصابعهم قصيرة، وكذلك رقابهم (MacMillan, 1977, P. 122) .

٢ ـ حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (Phenylketonuria, PKU) .

يعود اكتشاف اضطرابات التمثيل الغذائي كسبب في الإعاقة العقلية إلى الطبيب النرويجي فولنج (Asbjorn Folling) في عام ١٩٣٤، فقد لاحظ فولنج أثناء فحصه الطبي الروتيني لأحد الأطفال تغير لون بول الطفل، عند إضافة حامض الفيريك، من اللون

الأحمر البني إلى اللون الأخضر، وقد عزا فولنج حدوث الإعاقة العقلية لدى هؤلاء الأطفال إلى اضطرابات التمثيل الغذائي لحامض الفينلين Amino Acid) (Phenylalanine وتفسير ذلك أن حالات الـ (PKU) تعو إلى أسباب وراثية تبدو في نقص كفاءة الكبد في إفراز الانزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفنيلين، وبسبب من سوء هضمه بالطريقة المناسبة، فيظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ، تماماً كالمواد السامة الأخرى، بحيث تؤدي إلى اضطرابات في الخلايا العصبية للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية.

وتبدو أهم الخصائص العقلية لهؤلاء في أن نسب ذكائهم تدور حوالي الـ ٥٠ أو أقل من ذلك، أما أهم خصائصهم السلوكية فتبدو في الاضطرابات الانفعالية والعدوانية، والفصامية. أما أهم الخصائص الجسمية لهؤلاء فتبدو في الجلد الناعم، وفي بعض الحالات يبدو حجم الرأس صغيراً.

هذا ويمكن معالجة حالات الـ (PKU) إذا ما اكتشفت مبكراًوبخاصةفي الأسابيع الأولى للولادة، وقد يكون من المناسب إجراء الاختبارات الطبية التالية:

أ - اختبار حامض الفيريك (Ferric Chloride Test) وفي هذا الاختبار تخلط بعض النقاط من حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فيعني ذلك وجود حالة الـ (PKU) لدى الطفل.

ب - اختبار شريط حامض الفيريك (Ferric Chloride Reagent Strip Test) وفي هذا الاختبار يوضع شريط حامض الفيريك في بول الطفل أو على فوطة الطفل ثم يقارن لون الشريط مع لوحة الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها.

جـ - اختبار غثري (Guthrie Intibition Assay Test) : وفي هذا الاختبار تؤخذ من كعب الطفل عينة من الدم، فإذا أظهر أن مستوى الفنيلين في الدم هو ٢٠ مليجرام لكل ١٠٠ ملم من الدم فإن ذلك يعني وجود حالة الـ (PKU) لدى الطفل. ومن المناسب الإشارة إلى أن نسبة حالات الـ (PKU) بالنسبة لتعداد المجتمع بشكل

عام هي حالة لكل ٢٥ ألف حالة، وتشير تقديرات أخرى، إلى أن هذه النسبة هي ١ : ١٢,٥٠٠ : وتعتمد في تغذية هؤلاء برامج غذائية معينة ومحددة تقوم على أساس التقليل ما أمكن من الفيتامينات والفنيلين (MacMillan, 1977, P.129) .

٣ ـ القماءة (Cretinism) :

تعتبر القماءة مظهراً من مظاهر الإعاقة العقلية، ويقصد بها قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها والمصحوبة عادة بالإعاقة العقلية وتعود أسباب هذه الحالة إلى نقص في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية، وقد اعتبرت حالة القماءة مرادفة للإعاقة العقلية بسبب الارتباط بينهما، وتبدو أهم الخصائص المميزة لهذه الحالة في جفاف الجلد والشعر واندلاع البطن، والتخلف العقلي.

٤ ـ صغر حجم الدماغ (Microcephaly) :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة (Small Skull Circum-ference) والتي تبدو واضحة منذ الميلاد، مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد، وفي صعوبة التآزر البصري الحركي وخاصة للمهارات الحركية الدقيقة، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ويعتقد أن سبب هذه الحالة يبدو في تناول الكحول والعقاقير أثناء فترة الحمل، وتعرض الأم الحامل للإشعاع.

٥ ـ كبر حجم الدماغ (Macrocephaly) :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم محيط الجمجمة (Large Skull Circum-ference) مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، وتبدو مظاهر هذه الحالة واضحة منذ الولادة (كما هو الحال في حالات صغر حجم الدماغ)، ويعتقد أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى عوامل وراثية.

٦ ـ حالة استسقاء الدماغ (Hydrocephaly) :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي تنتمي إليها، وتصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ وتعتمد درجة الإعاقة العقلية في هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف فيه هذه الحالة وعلاجها، حيث تتضمن المعالجة سحب السائل الزائد بعملية جراحية وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية أو مرضية وخاصة مرض (Cytomegatic Inclusion Disease) أو مرض (Toxoplasmosis) وقد تصاحب هذه الحالة مظاهر أخرى للإعاقة.

تصنيف الإعاقة العقلية بحسب نسبة الذكاء (Classification by I.Q.) :

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسب الذكاء المقاسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينية، أو مقياس وكسلر للذكاء، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية:

أ ـ الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation) وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين ٥٥ ـ ٧٠، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم (Educable Mentally Retarded, EMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث الابتدائي أو يزيد، هذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

ب ـ الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)، وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين ٤٠ ـ ٥٥، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب (Trainable Mentally Retarded, TMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي ولكن يصاحبها أحياناً مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

جـ ـ الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)، وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة

ما بين ٤٠ فما دون، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة (Severely Mentally Retarded, SMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما تتميز هذه الفئة باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

تصنيف الجمعية الأميركية للتخلف العقلي (The AAMR's Classification) :

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب متغيري القدرة العقلية والسلوك التكيفي (Adaptive Behavior) إذ تؤخذ بعين الاعتبار في عملية تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات الدرجة على مقياس الذكاء والدرجة على مقياس السلوك التكيفي ويشبه تصنيف الجمعية الأميركية للتخلف العقلي، تصنيف الإعاقة العقلية حسب نسب الذكاء، مع التركيز على مظاهر السلوك التكيفي في كل فئة من فئات الإعاقة العقلية وهي حسب هذا التصنيف ما يلي :

أ ـ الإعاقة العقلية البسيطة : (Mildly Mentally Retarded)

ب ـ الإعاقة العقلية المتوسطة : (Moderatly Mentally Retarded)

جـ ـ الإعاقة العقلية الشديدة : (Severely Mentally Retarded)

د ـ الإعاقة العقلية الشديدة جداً أو الاعتمادية

(Profoundly Mentally Retarded)

وهناك تصنيفات أخرى للإعاقة العقلية، وكلها تدور حول تلك الأسس التي ذكرت قبل قليل بطريقة ما أو بأخرى.

أسباب الإعاقة العقلية (Causes Of Mental Retardation) :

لقد تحدد بعض أسباب الإعاقة العقلية بطريقة ملحوظة في العقود القليلة السابقة نتيجة للتقدم العلمي الواضح في ميادين الطب والعلوم الأخرى ذات العلاقة، ومع ذلك فإن ٧٥٪ من أسباب حالات الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن. وينصب الحديث

على ٢٥٪ من الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية فقط، كما أن برامج الوقاية من الإعاقة العقلية تركز على الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية.

تقسم أسباب الإعاقة العقلية إلى ثلاث مجموعات رئيسية، هي:

أولاً: أسباب ما قبل الولادة: (Prenatal Causes)

ثانياً: أسباب أثناء الولادة: (Perinatal Causes)

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة: (Postnatal Causes)

أولاً ـ أسباب ما قبل الولادة:

تقسم مجموعة أسباب ما قبل الولادة إلى قسمين:

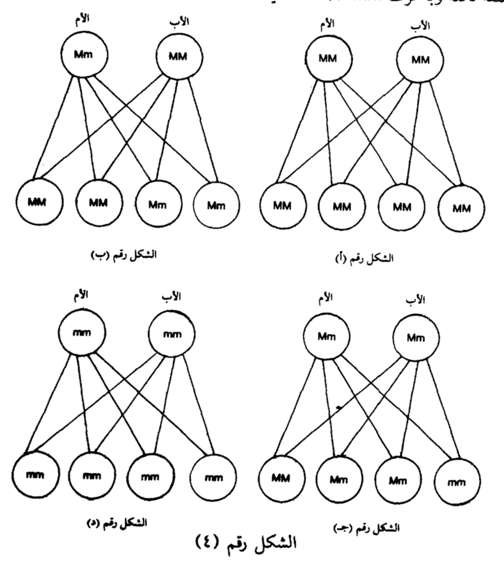
أ ـ العوامل الجينية (Genetic Factors).

ب ـ العوامل غير الجينية، أي العوامل البيئية التي تحدث أثناء فترة الحمل.

أ ـ العوامل الجينية:

ويقصد بالعوامل الجينية العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات، ففي الخلية المخصبة يوجد ٤٦ كروموسوماً نصفها من الأب ونصفها الآخر من الأم، وتوجد هذه الجينات وما تحمله من جينات وراثية (Genotype) على ثلاثة أشكال: الأول الجينات السائدة (Dominant Genes) والثاني الجينات الناقلة (Carrier Genes) والثالث الجينات المتنحية (Resessive Genes) فإذا كانت هذه الجينات سائدة لكل من الأب والأم فلا مشكلة في الأشكال الناتجة (Phenotype) وغالباً ما يشبه الطفل الوليد أبويه في بعض تلك الصفات (قانون التشابه في الوراثة)، ولكن قد توجد هذه الجينات بصفة ناقلة لدى الأب وناقلة لدى الأم، وفي هذه الحالة يختلف الطفل الوليد عن أبويه في بعض تلك الصفات (قانون الاختلاف في الوراثة) أما في الحالة الثالثة فقد تلتقي في الطفل الوليد صفة متنحية من كل من الأب والأم، نتيجة لظهور هذه

الجينات بصفة متنحية لدى كل من الأب والأم معاً، وهذا ما يفسر اختلاف صفة ما في الطفل الوليد عن أبويه (قانون التراجع في الوراثة) ، وتجب الإشارة إلى أن التقاء جين ما يحمل صفة ما في الأب مع مثيله من الأم، يخضع لعامل الصدفة ويوضح الشكل رقم (٤) ، كيفية التقاء هذه الجينات نتيجة لعامل الصدفة، ولنأخذ القدرة العقلية كمثال على ذلك ونرمز لها بالحرف MM كصفة سائدة وبالحرف Mm كصفة ناقلة وبالحرف mm كصفة متنحية.



الشكل رقم (٤)

التقاء الصفات الوراثية السائدة والناقلة والمتنحية

وتفسير ذلك كما يلي، ففي الشكل رقم (أ) ونتيجة للصفة السائدة لدى كل من الأبوين فإن الناتج هو صفة نقية لدى الناتج، أي أن الطفل يرث القدرة العقلية بصفتها السائدة (النقية) من الأبوين، أما في الشكل رقم (ب) ونتيجة لظهور الصفة بشكل سائد لدى الأب وبشكل ناقل أو متنحي لدى الأم فإن الناتج هو حالتين ناقلتين، وحالتين نقيتين (١ : ٢)، أما في الشكل رقم (جـ) ونتيجة لظهور الصفة بشكل ناقل لدى كل من الأبوين فإن الناتج هو حالة واحدة نقية، وحالتين ناقلتين، وحالة مصابة (١ : ٢ : ١)، أما في الشكل رقم (د) ونتيجة لظهور الصفة بشكل متنحي لدى كل من الأبوين فإن جميع الناتج مصاب.

وقد تفسر الأشكال السابقة الأربعة ظهور حالات الإعاقة العقلية لدى بعض الأسر العادية كما هو الحال في الأشكال ب، جـ، ولدى الأسر المصابة بالإعاقة العقلية وانتقال هذه الصفة إلى الأبناء كما هو الحال في الشكل رقم (د).

هذا وقد يحدث خلل ما في التقاء الكروموسومات نتيجة لعوامل كيميائية أو بيوكيميائية أو نتيجة لعوامل أخرى بحيث يؤدي ذلك إلى ظهور الإعاقة العقلية، كما هو الحال في حالات المنغولية أو حالات الـ (PKU) أو حالات كبر أو صغر حجم الدماغ، (راجع تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الشكل الخارجي ص٧٦).

ب ـ العوامل غير الجينية:

ويقصد بها كل العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية مرحلة الحمل وأهمها:

١ ـ الأمراض التي تصيب الأم الحامل:

ويقصد بها على وجه الخصوص، مرض الحصبة الألمانية (German Rubella,Measles) والزهري (Syphilis) والالتهابات وخاصة مرض (Toxoplasmosis) فقد يؤدي فيروس الحصبة الألمانية إلى خلل في نمو الجهاز العصبي

المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولى لنمو الجنين، وقد يؤدي فيروس الحصبة الألمانية إلى أشكال أخرى من الإعاقة العقلية كحالات صغر حجم الدماغ واستسقاء الدماغ، كما قد يؤدي إلى الإصابة بالشلل الدماغي والإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية. ومن الأمراض الأخرى المعروفة والتي تصاب بها الأم الحامل وتؤثر في نمو الجنين وإصابته بأشكال مختلفة من الإعاقة المرض المعروف باسم (Cytomegatic Inclusion Disease) إذ يؤدي فيروس هذا المرض إلى إصابة الطفل بواحدة أو أكثر من حالات الإعاقة، كالإعاقة العقلية، وصغر حجم الدماغ، وفقر الدم، واستسقاء الدماغ، والإعاقة السمعية والاضطرابات العصبية.

أما إصابة الأم الحامل بمرض الزهري (السفلس) فيؤدي إلى ولادات أطفال مشوهين أو ميتين أو مصابين بحالات الإعاقة العقلية، أو أشكال أخرى من الإعاقة السمعية والبصرية وحالات أخرى من الاضطرابات الجسمية، حيث يغزو فيروس الزهري الجنين في الأسابيع الأولى لنموه ويؤدي إلى تلف الجهاز العصبي المركزي.

كما يؤدي إصابة الأم الحامل بمرض (Toxoplasmosis) إلى حالات مختلفة من الإعاقة كالإعاقة العقلية، وحالات استسقاء الدماغ، وحالات صغر حجم الدماغ، والإعاقة البصرية، إذ يؤدي فيروس هذا المرض إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين.

٢ - سوء التغذية (Malnutrition):

تعتبر التغذية الجيدة للأم الحامل عاملاً مهماً من عوامل نمو الجنين وسلامته الجسمية والعقلية، ومن هنا كان من الضروري أن يحتوي غذاء الأم على المواد الأساسية كالبروتين والكربوهيدرات، والفتيامينات والمياه المعدنية اللازمة لنمو الخلايا الدماغية للجنين، في حين أن التغذية السيئة للأم الحامل عاملاً رئيسياً من عوامل الإصابة بالإعاقة العقلية، أو مظاهر أخرى من الإعاقة، كالنقص الواضح في

مظاهر الطول والوزن مقارنة مع الأطفال العاديين.

٣ - الأشعة السينية (X - Ray) :

يعتبـر تعـرض الأم الحامل لأشعة X وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية، حيث تؤدي هذه الأشعة إلى تلف الخـلايا الـدماغية للجنين بطريقة ما أو بأخرى كما أن تعرض الأم الحامل لمصادر الإشعاع (Radiation Sources) يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة أو الأمراض كمرض اللوكيميا (Leukemia) أو السرطان أو صغر حجم الدماغ (Microcephaly) والتي يصاحبها في العادة الإعاقة العقلية، ولـذا تنصح الأمهات الحوامل بعدم التعرض إلى أشعة X أو إلى أي مصدر من مصادر الإشعاع، وقد ظهرت الآن أجهزة حديثة كجهاز الأمواج فوق الصوتية (Ultr- asound) والذي يعطي الطبيب معلومات عن الجنين واضطرابات الحمل، إذ يعتبر هذا الجهاز أكثر سلامة من استخدام أشعة X أو ما شابهها.

٤ - العقاقير والأدوية (Chemicals & Drugs) :

تعتبر العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة، ويعتمد الأمر على نوع تلك العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية وحجمها.

ومن الأدوية التي قد تؤدي إلى تلف الخـلايا الدماغية للجنين الأسبرين، وبعض المضـادات الحيوية والأنسـولين والهـرمونات الجنسية، والأدوية الخاصة بعلاج الملاريا، والحبوب المهدئة.

ويبدو تأثير هذه الأدوية في التشوهات الخلقية أو خلل في الجهاز العصبي المركزي، كما يؤثر التدخين والغازات بشكل عام إلى نقص واضح في وزن الجنين مقارنة مع المعدل الطبيعي لوزن الأطفال العاديين. أما تأثير تعاطي الكحول لدى

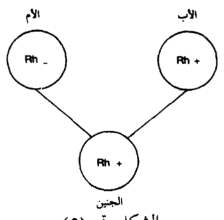
الأم الحامل فيبدو في مشكلات نمو الجنين وحالات صغر حجم الدماغ هذا بالإضافة إلى مشكلات في التآزر الحركي فيما بعد الولادة لدى الطفل الوليد وقد تؤدي حالات الإدمان على الكحول إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو الإجهاض.

٥ ـ تلوث الهواء والماء (Air and Water Pollution) :

تعتبر العوامل المتعلقة بتلوث الماء والهواء من العوامل المشكوك في أثرها على نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين، إذ أن تعرض الأم الحامل لهذه العوامل وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب تلوث الهواء والمياه بالغازات والمواد العادمة، ونتاج المصانع الغازية السامة يؤدي بطريقة ما إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي إلى مشكلات قد تبدو على شكل الإعاقة العقلية، أو البصرية أو الوفاة.

٦ ـ اختلاف العامل الرايزسي (Rh Factor) :

يعتبر اختلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنين أحد العوامل الهامة والمسببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية. ويعرف العامل الرايزسي على أنه انتيجين موجود في الدم (وسمي كذلك نسبة إلى نوع من القردة توجد في جبل طارق اكتشفت فيها هذا العامل)، ويوجد هذا العامل بصفة سائدة لدى ٨٥٪ من البشر في حين أنه يوجد بصفة سالبة لدى ١٥٪ من البشر. ويبدو أثر العامل الرايزسي في حالة واحدة هي اختلاف العامل الرايزسي بين الأب والأم. ويوضح الشكل رقم (٥) ذلك:



الشكل رقم (٥)

نتائج اختلاف العامل الرايزسي بين الأب والأم لدى الجنين

ففي الشكـل السـابق وبسبب ظهـور العامل الرايزسي بشكل موجب لدى الأب، وبشكـل سالب لدى الأم، وبسبب سيادة العامل الموجب، فسوف يظهر العامل الرايزسي لدى الجنين موجباً، وفي هذه الحالة يختلف العامل الرايزسي للأم عنه لدى الجنين، الأمر الذي يؤدي إلى إطلاق الأم لمضادات حيوية لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث تدمرها، كما تؤدي إلى حالة من تميع الدم (Bilirubln) ، وحين يصل إلى مستوى تسمم الدم بسبب من عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم، فإن ذلك يؤدي إلى تلف أو خلل في الخلايا الدماغية، وقد توصل الطب الحـديث اليوم إلى طريقـة تفـادي مشكلة اختـلاف العـامـل الرايزسي بين الأم والجنين، وتبدو هذه الطريقة في حقن الأم بإبرة بعد ولادة الطفل بـ ٧٢ ساعة، وتحتـوي هذه الإبـرة على مادة (Gamma Globulin) وتبدو مهمة هذه الإبرة في إيقاف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم والتي كانت تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين.

ثانياً ـ مجموعة أسباب أثناء الولادة:

ويقصد بهذه المجموعة من أسباب أثناء الولادة، تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة، والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات، ومنها:

١ ـ نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia) : قد تؤدي حالات نقص الأوكسجين لدى الأجنة أثناء عملية الولادة إلى موت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات، ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين، كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين. كحالات التسمم (Toxemia) أو انفصال المشيمة (Placental Separation) أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة (Oxytocin) .

٢ ـ الصدمات الجسدية (Physical Trauma) : قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة، أو استخدام طريقة الولادة القيصرية (Sezurian) بسبب ومن وضع رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم، مما قد يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.

٣ ـ الالتهابات التي تصيب الطفل (Infections) : إذ تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات، وخاصة التهاب السحايا (Meningitis) من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته، أو إلى إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات (راجع الأمراض التي تصاب بها الأم الحامل ص٨٤).

ثالثاً ـ أسباب ما بعد الولادة:

يقصد بهذه المجموعة من الأسباب كل الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية بعد عملية الولادة، ومع ذلك فمن المناسب أن نشير إلى بعض حالات الإعاقة التي قد تظهر بعد عملية الولادة والتي هي نتاج لعوامل حدثت قبل أو أثناء عملية الولادة ومنها على سبيل المثال حالات الفنيل كيتونوريا (Phenylketonuria) (راجع حالات الـ (PKU).

وحالات التي ـ ساكس (Tay - Sachs) والتي تحدث نتيجة لعدم وجود أحد الأنزيمات الضرورية لتمثيل المواد الدهنية، ومن أسباب ما بعد الولادة الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية:

١ ـ سوء التغذية (Malnutrition) : قد أشرنا إلى أهمية التغذية الجيدة للأم الحامل أثناء فترة الحمل، وأثر ذلك على نمو الجنين، وعلاقة ذلك بالإعاقة العقلية، كما تبدو أهمية التغذية الجيدة أيضاً بعد عملية الولادة، إذ يشكل سوء التغذية وخاصة في المناطق الفقيرة سبباً رئيسياً من أسباب حالات الإعاقة العقلية، ومن هنا كان من الضروري أن يتضمن غذاء الطفل بعد الولادة على المواد الرئيسية اللازمة لنمو الجسم كالمواد البروتينية والكربوهيدراتية والفيتامينات، خاصة فيتامين A ، ب ٦، ب ١٢، د.

٢ ـ الحوادث والصدمات: تعتبر الحوادث والصدمات الجسمية والتي تؤثر بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية، وما يصاحب ذلك من نقص في الأكسجين أو تلف للخلايا الدماغية.

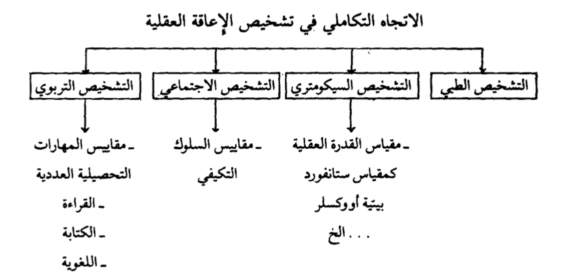
٣ ـ الأمراض والالتهابات: كثيراً ما يتعرض الطفل وخاصة في السنوات الأولى من عمره إلى عدد من الأمراض، وقد يكون من نتائجها ارتفاع درجة حرارة الطفل، وخاصة في حالات السحايا، والحصبة، والتهاب الجهاز التنفسي والخ. . . وقد يؤدي ارتفاع درجة حرارة الطفل إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل، وبالتالي إلى الإعاقة العقلية.

٤ ـ العقاقير والأدوية: ويقصد بذلك مجموعة العوامل التي قد تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي ومنها حالات التسمم واستعمال العقاقير المهدئة، وتلوث البيئة بالمواد الغازية السامة.

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية (Assessment & Diagnosis of MR) :

تعتبر عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية عملية معقدة تنطوي على التركيز على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية والتربوية وأخذها بعين الاعتبار، فمع بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة نظر طبية، ولكن وبعد عام ١٩٠٥ ومع ظهور مقاييس الذكاء على يد بينية (Binet) ووكسلر (Wechsler) أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء (Intelligence Quotient, I.Q) كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية (Psychometric Tests) في تشخيص حالات الإعاقة العقلية، وبقي الحال كذلك حتى أواخر الخمسينات من هذا القرن حين بدأ متخصصون في الإعاقة العقلية والتربية الخاصة وعلم النفس بتوجيه الانتقادات إلى مقاييس الذكاء والتي خلاصتها أن مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أن الفرد معوق عقلياً إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعي وقدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية وبنجاح، ونتيجة لذلك كله ظهر بُعدٌ جديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو بعد السلوك التكيفي (Adaptive Behavior) ودخل هذا البعد في عملية تعريف الإعاقة العقلية (انظر تعريف الإعاقة العقلية ص٦٩) كما ظهرت المقاييس الخاصة بذلك البعد ومنها مقياس الجمعية الأميركية للتخلف العقلي والمسمى مقياس السلوك التكيفي (The American Association on Mental Deficiency, Adaptive Behavior Scale, AAMD, ABS) وفي السبعينات من هذا القرن ظهرت مقاييس أخرى هي المقاييس التحصيلية (Academic Achievement Tests) والتي تهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب الأكاديمية التحصيلية لدى المعوق عقلياً ومنها مقياس المهارات العددية (Numerical Skills Scale) ومقياس مهارات القراءة (Reading Skills Scale) ومقياس مهارات الكتابة (Writing Skills Scale) ومقياس المهارت اللغوية (Language Skills Scale) . . . الخ.

ويعتبر الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية من الاتجاهات المقبولة حديثاً في أوساط التربية الخاصة، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية، ألا وهي التشخيص الطبي، والسيكومتري والاجتماعي والتحصيلي، ويمثل الشكل رقم (٦) ذلك:



الشكل رقم (٦)

وفيما يلي شرح موجز للاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية:

١ - التشخيص الطبي (Medical Diagnosis): يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال، تقريراً عن عدد من الجوانب، منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها، والفحوص المخبرية اللازمة.

٢ - التشخيص السيكومتري (Psychometric Diagnosis)، يتضمن التشخيص السيكومتري، والذي يقوم به عادة أخصائي في علم النفس، تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية (I.Q. Test)، من مثل مقياس ستانفورد بينية أومقياس وكسلر أومقاييس الذكاء المصورة، وفي

الأردن، جرى تطوير وتقنين عدد من مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينية (حداد، ١٩٧٧، الزعبي، ١٩٧٧، العلي، ١٩٧٧) واختبار رسم الرجل (كباتيلو، ١٩٧٨) ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال (القريوتي، ١٩٨٠) واختبار الذكاء المصور لتقويم الكفاية العقلية للمعوقين عقلياً (منيزل، ١٩٨١) واختبار المفردات المصورة للطفل الأردني (جرار، ١٩٨٦).

وقد يكون أكثر تلك المقاييس صلاحية في تشخيص القدرة العقلية للمفحوص مقياس ستانفورد بينية إذا لم يعاني المفحوص من اضطرابات لغوية، وإلا فيعتبر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وخاصة الجانب الأدائي منه، أكثر مناسبة من غيره، ويهدف استخدام أي من هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص يعبر عنها بنسبة الذكاء.

٣ - التشخيص الاجتماعي (Social Diagnosis) : يتضمن التشخيص الاجتماعي، والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة، تقريراً عن درجة السلوك التكيفي للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس السلوك التكيفي، كمقياس الجمعية الأميركية للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي (الروسان، ١٩٨١، جرار، ١٩٨٣). ومقياس السلوك التكيفي (البطش، ١٩٨١) ومقياس كين وليفين (جاموس، ١٩٨٣) وقد يكون أكثر تلك المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي مقياس الجمعية الأميركية للتخلف العقلي والمسمى مقياس السلوك التكيفي لعدد من الأسباب ، ومنها تقنينه على البيئة الاردنية حيث أعدت له معايير جديدة (الروسان، ١٩٩٣) تفيد في عملية قياس وتشخيص الأطفال المعوقين عقلياً في الأردن ، إذ هدفت هذه الدراسة إلى التوصل إلى معايير جديدة للصورة الأردنية من مقياس السلوك التكيفي وتحديد مناطق الأداء المتوقعة من الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً على الصفحات البيانية للأداء على المقياس، وذلك لاستخدام هذه المعايير في تشخيص الأطفال المحولين إلى مراكز التربية الخاصة من المدارس العادية أو من جهات أخرى.

وقـد تم تحليل البيـانات الناتجـة عن تطبـيق المقـياس على عينة أردنية مؤلفة من ٣٩٧ مـفـحوصاً يمثلون الطلبة العاديين والمعوقين عقلياً للفئات العمرية من ٣ ـ ١٢ سنة ، وقـد مـثلت العـينة مـراكـز التربيـة الخاصة للإعاقة العقلية والمدارس العـادية في كل من عمان واربد والزرقاء.

أشـارت نتـائج تحليل البيـانات احـصـائيـاً إلى توزيعـات مئينية جديدة للفئات العـمـرية السـابقـة ولمسـتـويات الحـالة العـقليـة وفـيـهـا تحـول الدرجات الخام للمـفـحـوصين إلى درجـات مئينيـة تمثل بعـد وصلهـا خطاً بيـانياً يعبر عن أداء المفـحـوص على الصـفـحة البيانية للأداء على المقياس ، حيث يقارن ذلك الخط البيـاني بمنطقـة الأداء المتـوقـعـة ممن يناظرونه في العمر الزمني لكل مستوى من مستويات القدرة العقلية.

٤ ـ التشخيص التـربوي (Educational Diagnosis) : يتضمن التشخيص التربوي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة، تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية (Academic Skills) ، وفي الأردن جرى تطوير عدد من مقاييس المهارات الأكاديمية، كمقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً (الروسان، جرار، ١٩٩٥) ومقيـاس المهارات العددية للمعوقين عقلياً (الروسان، ١٩٨٩) ومقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً (الخطيب، ١٩٨٦) ومقياس مهارات الكتابة للمعوقين عقلياً (الروسان، ١٩٨٧)، ومقياس مهـارات القـراءة للمعـوقين عقلياً (الروسان، العامري ١٩٨٨) ومقياس مـهـارات القـراءة العـربية لسن ٦ ـ ٧ سنوات (البسطامي ، ١٩٨٨) ، ومقياس المهـارات اللغـوية للمـعـاقين عقلياً في صورته العُمانية (الروسان، ١٩٩٥) حيث هدفت هذه الدراسـة إلى التـوصل إلى دلالات عن صـدق وثبات وفاعلية فقرات الصـورة العُمانية من مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً.

ومن أجل تحـقـيق ذلك الهدف فـقد تم إعداد الصورة العُمانية من المقياس ضمن

عـدد من الاجـراءات، ثم طبقت الصورة العُمانية من المقياس والمؤلفة من (٦٤) فـقـرة على عـينة عُمانيـة مـؤلفة من (١٢٠) طفلاً من الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً ضمن الفئات العمرية (٦ ـ ٨ ، ٩ ـ ١١ ، ١٢ فما فوق) .

حُللت البيـانات الناتجـة عن عملية التطبيق احصائياً باستخدامه بأسلوب تحليل التبـاين الثنائي واختـبـار شيفيه وذلك للتوصل إلى دلالات عن صدق الصورة العُمانيـة من المقـيـاس، حـيث أشـارت النتائج إلى قدرة المقياس على التمييز بين مستويات الحالة العقلية، والعمرية (α = ٠,٠٠٠١)، كما استخدمت معاملات الارتبـاط للتـوصل إلى دلالة عن فـاعلية فقرات المقياس (ر = ٠,٢٣ ـ ٠,٧٧) في حين اسـتـخـدمت الطريقـة النصـفـية لحساب معامل الثبات (ر = ٠,٧٢ ـ ٠,٩٦) الصورة العُمانية من المقياس.

وتعكس النتـائج السـابقـة إلى توفر دلالات صدق وثبات وفاعلية فقرات للصورة العُمانيـة من المقياس تبرر استخدامه في البيئة العُمانية للكشف عن الأطفال ذوي المشكلات اللغوية.

الخصائص السلوكية للمعوقين عقلياً:

بنيت الخصائص السلوكية لدى المعوقين عقلياً على نتائج الدراسات المقارنة بين الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني، إلا أنه يصعب تعميم هذه الخصائص على كل الأطفال المعاقين عقلياً، إذ قد تنطبق هذه الخصائص على طفل ما بينما قد لا تنطبق على طفل آخر بنفس الدرجة، ومن أهم تلك الخصائص:

١ ـ التعلم (Learning) :

من أكثـر الخصـائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص الواضح في قدرة هؤلاء الأطفال المعوقين عقلياً

على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع الأطفال العاديين. ومن تلك الدراسات دراسة بني مستر (Benmeister, 1976) وديني (Denny, 1964) وزقلر (Zigler, 1969) والتي يلخصها ماكميلان (MacMillan, 1977) بقوله إن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع. ومن الدراسات العربية في هذا المجال الدراسة التي أجراها الروسان (١٩٨٨) حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين عقلياً على المفاهيم العددية، والتي يشير فيها إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلبة المعوقين إعاقة عقلية بسيطة والمتناظرين في العمر الزمني في تعلم المفاهيم العددية (∝=٠,٠٠١).

وفي دراسة أخرى أجرَاها الروسان (١٩٨٧)، حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين إعاقة عقلية بسيطة، والمتناظرين في العمر الزمني، على مهارات الكتابة، إشارة إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلب المعوقين في مهارات الكتابة (∝=٠,٠٠١) وتؤكد مثل تلك النتائج الدارسة التي أجراها الروسان، العامري (١٩٨٨) حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين إعاقة عقلية بسيطة والمتناظرين في العمر الزمني، على مهارات القراءة، إشارة إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلبة المعوقين في مهارات القراءة (∝=٠,٠١)، كما أجرى البسطامي (١٩٨٨) دراسة هدفت إلى تحديد مستوى أداء الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في العمر ٦ ـ ٧ سنوات على مهارات القراءة العربية للصف الأول الابتدائي، وأشارت نتائج الدراسة إلى تمكن الطلبة المعوقين إعاقة عقلية بسيطة من اتقان مهارات التعبير اللفظي المصورة ومهارات القراءة اللفظية المصورة، وبعض مهارات القراءة المجردة.

٢ ـ الانتباه (Attention) :

يواجه الأطفال المعاقون عقلياً مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية إذ تتناسب تلك المشكلات طردياً كلما نقصت درجة الإعاقة العقلية، وعلى ذلك يظهر الأطفال المعاقون إعاقة عقلية بسيطة مشكلات أقل في القدرة

على الانتباه والتركيز مقارنة مع ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ويلخص ماكميلان (MacMillan, 1977) الدراسات التي أجراها زيمان (Zeaman, 1965) وزيمان وهاوس (Zeaman and House, 1963) وتيرنر (Turnure, 1970) وسبتز (Spitz; 1966) في هذا المجال كما يلي :

أ ـ يعاني المعاقون عقلياً من نقص واضح في الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها، وخاصة لدى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة .

ب ـ يعاني المعاقون عقلياً (وخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة) من فرص الإحباط والشعور بالفشل، لذا يبحث الطفل المعاق عقلياً عن فرص النجاح وعلاماته إذ يركز على تعبيرات وجه المعلم أكثر من تركيزه على المهمة المطلوبة منه .

جـ ـ يعاني المعاقون عقلياً من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر، ولذا كان من الضروري لمعلم التربية الخاصة العمل على مساعدة الأطفال المعاقين عقلياً على استقبال المعلومات بطريقة منظمة سهلة .

د ـ يميل الأطفال المعاقون عقلياً إلى تجميع الأشياء أو تصنيفها بطريقة غير صحيحة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الطريقة التي يستقبل فيها المعاقون عقلياً تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء .

وعلى ضوء ذلك كله فليس من المستغرب أن يكون النقص الواضح في القدرة على الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقلياً سبباً في كثير من المشكلات التعليمية لديهم .

٣ ـ التذكر (Memory) :

ترتبط درجة التذكر بدرجة الإعاقة العقلية إذ تزداد درجة التذكر كلما زادت القدرة العقلية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى

الأطفال المعوقين عقلياً سواء أكان ذلك متعلقاً بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى (Short Term Memory) ويلخص ماكميلان (MacMillan, 1977) نتائج البحوث التي أجراها بروكزكي (Brokouski, 1974) وروبنسون (Robinson, 1974) ، وبراون (Brown, 1974) ، على موضوع التذكر لدى الأطفال المعوقين عقلياً ومنها :

١ ـ تقل قدرة الطفل المعوق عقلياً على التذكر مقارنة مع الطفل الذي يناظره في العمر الزمني ويعود انسبب في ذلك إلى ضعف قدرة المعاق عقلياً على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائط للتذكر كما يقوم بذلك الطفل العادي .

٢ ـ ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقة أكثر حسية كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح .

٣ ـ تتضمن عملية التـذكر ثلاث مراحل رئيسية هي : استقبال المعلومات وخزنها ثم استـرجـاعهـا، وتبـدو مشكلة الـطفـل المعاق عقلياً الرئيسية في مرحلة استقبال المعلومات، وذلك بسبب ضعف درجة الانتباه لديه .

انتقال أثر التعلم (Transfer of Learning) :

يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر، ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة العقلية، إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل آثار التعلم من الخصائص المميزة للطفل المعوق عقلياً مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني، ويبدو السبب في ذلك في فشل المعوق عقلياً في التعرف إلى أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد، وقد لخص ماكميلان (MacMillan, 1977) نتـائـج الدراسات التي أجريت حول موضوع انتقال أثر التعلم، فأشـار إلى الفروق الواضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية، وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث قدرتهم في التعرف إلى الدلائل المناسبة بين الموقف المتعلم

السابق، والموقف الجديد اللاحق، كما أشار إلى أن قدرة الطفل المعوق عقلياً على نقل التعلم تعتمد على درجة الإعاقة العقلية، وعلى طبيعة المهمة التعليمية ودرجة التشابه بين الموقفين السابق واللاحق.

الخصائص اللغوية (Language Characteristics) :

تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإعاقة العقلية وعلى ذلك فليس من المستغرب أن تجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني.

وقد أجريت العديد من الدراسات حول مظاهر وخصائص النمو للأطفال المعوقين عقلياً ومقارنتها بمظاهر وخصائص النمو اللغوي للأطفال العاديين، وأشارت هذه الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله ويدعم ذلك الدراسات التي لخصها ماكميلان (MacMillan, 1977) وهي دراسة لينبرغ (Lenneberg, 1964) ونكلس (Nichlos, 1964) وروزنبرغ (Rosenberg, 1977) التي لاحظوا فيها تطور النمو اللغوي لدى الأطفال المنغوليين (المعوقين عقلياً) لمدة ثلاث سنوات، وتوصلوا إلى أن الاختلاف في تطور النمو بين الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في معدل النمو اللغوي، حيث أنّ الأطفال المعوقين عقلياً أبطأ في نموهم اللغوي مقارنة مع نظرائهم من العاديين. وكذلك أشارت الدراسات التي جمعها هلهان وكوفمان (Halhan & Kauffman, 1978) وهي دراسة اوكونر (O, Connor, 1963) وهيرملين (Hermiln, 1963) ودراسة لينبرغ (Lenneberg, 1967) إلى التشابه في البناء اللغوي بين الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً وإلى أن الأسباب المؤدية إلى انخفاض مستوى الذكاء لدى المعوقين عقلياً لا تؤدي إلى الاستخدام اللغوي الشاذ لديهم، بل تؤدي إلى استقرار نموهم اللغوي في مرحلة بدائية من مراحل التطور اللغوي.

وكذلك لخص ماكملان نتائج الدراسة التي قام بها جراهام (Graham, 1971) التي أشـار فيهـا إلى قدرة معـظم المعـوقين عقلياً على اكتسـاب قواعـد اللغـة ـ باستثنـاء الأطفـال شديدي الإعاقة العقلية ـ ولكن بمعدل أبطأ من اكتساب الأطفال العاديين، كما جمع هلهان وكوفمان (Hallaha & Kauffman, 1978) عدداً من الدراسات المتعلقة بمظاهر النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين عقلياً، ومنها دراسة سبرادلن (Sprading, 1968) التي بين فيها أن أكثر المشكلات اللغوية شيوعاً لدى المعوقين عقلياً هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوية، كما أظهرت دراسة أخرى لسبرادلن (Spradlin, 1963) وجود فروق في خصائص النمو اللغوي بين كل من الأطفال الملتحقين بمراكز الإعاقة الداخلية، والملتحقين بصفوف مراكز التربية الخاصة النهارية وأشارت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى أن أكثر من نصف المعوقين عقلياً الملتحقين بمراكز الإعاقة الكاملة يعانون من مشكلات لغوية، في حين أن نسبة من يعانون من المشكلات اللغوية في مراكز التربية الخاصة النهارية تتراوح ما بين (٨٪) إلى (٢٦٪) وتبقى درجة شيوع مشكلات اللغة لدى المعوقين عقلياً أكثر من شيوعها لدى الأطفال العاديين.

كما أظهرت دراسات أخرى قام بها جوردن (Jordan, 1976) وجود علاقة ارتباطية بين درجـة الإعاقة العقلية ومظاهر الاضطرابات اللغوية، فالأطفال ذوو الإعاقة العقلية البسيطة يتأخرون في الكلام لكنهم نادراً ما يعانون من البكم، بينما نادراً ما تخلو لغة ذوي الإعـاقـة العقلية المتوسطة والبسيطة من اضطرابات لغوية، ويشيع البكم بين الأطفال شديد الإعاقة ويكون مستوى اللغة لدى هذه الفئة بدائياً فهم يصدرون ألفاظاً غير مفهومة وكلامهم يعوزه الوضوح والمعنى والترابط.

وقـد أكـد ماكميلان (MacMillan, 1977) نتائج الدراسة السابقة، حيث أكدت الـدراسة التي لخصها عن سيميل (Semmel, 1973) العلاقة القوية بين درجة الإعاقة ودرجة الاضطراب اللغوي، كما أكد فتزجيرلد، نتائج الدراسة السابقة حين أجرى دراسة هدفت إلى التعـرف على تطور القـدرة على النـطق لدى الأطفـال المعوقين عقلياً من

مستويات ذكائية مختلفة، ولتحقيق ذلك أخضع ٢٢ طفلاً معوقاً من الأطفال البلغار لبرنامج تدريبي لنطق الأصوات بعد أن قام بتقسيمهم إلى مجموعتين بواسطة مقياس ستانفورد بينية حيث كانت نسبة ذكاء المجموعة الأولى أقل من ٢٥ بينما كانت نسبة ذكاء المجموعة الثانية منهم بين ٢٥ ـ ٧٠، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن أطفال المجموعة الأولى بحاجة إلى مدة تدريب أطول مقارنة مع حاجة المجموعة الثانية كي تتمكن من اكتساب القدرة على نطق أصوات معينة إذ احتاج أفراد المجموعة الأولى إلى ١٥٤,٨٢ يوماً، بينما احتاج أطفال المجموعة الثانية إلى ٦٩,٢٤ يوماً لاتقان الأصوات نفسها، كذلك أشارت النتائج إلى تفوق أطفال المجموعة الثانية على أطفال المجموعة الأولى من حيث نطق حروف العلة.

وفي دراسة أخرى قام بها فتزجيرلد (Fitzgerald, 1976) هدفت إلى التعرف على مدى استفادة فئات المعوقين عقلياً من البرامج العلاجية الخاصة باللغة، استخدمت عينة مؤلفة من ٢٨ طفلاً من المعوقين عقلياً وحركياً من الأطفال البلغار، كان متوسط أعمارهم الزمنية ١٨,٥ شهراً، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى الزيادة الواضحة في متوسط عدد الكلمات المكتسبة لأطفال عينة الدراسة وخاصة الأطفال المنغوليين (المعوقين عقلياً) حيث تفوق الأطفال المنغوليين في اكتساب المفردات اللغوية على بقية فئات الإعاقة العقلية الحركية الأخرى التي شملتها الدراسة.

تبين الدراسات السابقة أن النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً يتم وفقاً لأسس ومراحل متشابهة، إلا أن الاختلاف هو في معدل النمو، حيث أنّ المعوقين عقلياً أبطأ من العاديين في اكتسابهم للغة.

كما تبين هذه الدراسات أن الاضطرابات اللغوية متوقعة لدى الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً إلا أن نسبة شيوع تلك الاضطرابات أعلى لدى المعوقين عقلياً منها لدى الأفراد العاديين.

ويعتبر الكشف عن العجز في النمو اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من

الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريبي أو علاجي مناسب، ويتم ذلك عادة من خلال اتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معاً.

ومن الدراسات العربية التي أجريت حول موضوع مقارنة الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً على المهارات اللغوية، تلك الدراسة التي أجراها الروسان وجرار (١٩٨٦) وقد أشارت نتائج تلك الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة العاديين والطلبة المعوقين إعاقة عقلية بسيطة، والطلبة المعوقين إعاقة عقلية شديدة على المهارات اللغوية التي يتضمنها مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ($\propto$ = ٠٥ , ٠).

مناهج وطرائق تدريس المعوقين عقلياً:

تختلف برامج ومناهج المعوقين عقلياً عن برامج ومناهج الأطفال العاديين، من حيث محتوى تلك البرامج وطرائق تدريسها، ففي الوقت الذي يوضع فيه منهاج عام مشترك لكل صف على حدة لدى الأطفال العاديين ويدرسون جميعاً بنفس الطريقة، نرى أن بناء منهاج للمعوقين عقلياً يأخذ شكلاً فردياً أي ما يسمى بالمنهاج الفردي، ويدرَّس بطريقة فردية أيضاً، وتمثل الخطة التربوية الفردية (Individualized Educational Plan, IEP) المنهاج الفردي للمعوقين عقلياً، حيث يشتمل ذلك المنهاج على عدد من الأهداف التعليمية السلوكية، كما يدرس ذلك المنهاج وفق خطة تعليمية فردية (Individualized Instructional Plan, IIP).

ويتضمن محتوى منهاج المعوقين عقلياً عدداً من الأبعاد والمهارات، والتي تشكل في مجموعها المادة التعليمية للمعوقين عقلياً، وهذه الأبعاد والمهارات هي:

البعد الأول: المهارات الاستقلالية (Independent Functioning Skills) وتتضمن:

أ ـ مهارات الحياة اليومية (Daily Living Skills).

ب ـ مهارات العناية الذاتية (Self - care Skills).

البعد الثاني : المهارات الحركية (Motor Skills) وتتضمن :

أ ـ المهارات الحركية العامة (Gross Motor Skills) .

ب ـ المهارات الحركية الدقيقة (Fine Motor Skills) .

البعد الثالث : المهارات اللغوية (Language Skills) وتتضمن :

أ ـ مهارات اللغة الاستقبالية (Receptive Language Skills) .

ب ـ مهارات اللغة التعبيرية (Expressive Language Skills) .

البعد الرابع : المهارات الأكاديمية (Academic Skills) وتتضمن :

أ ـ مهارات القراءة (Reading Skills) .

ب ـ مهارات الكتابة (Writing Skills) .

جـ ـ مهارات الرياضيات (Arithmatic Skills) .

البعد الخامس : المهارات المهنية (Vocational Skills) .

البعد السادس : المهارات الاجتماعية (Social Siklls) ..

البعد السابع : مهارات السلامة (Safety Skills) .

البعد الثامن : المهارات الاقتصادية (Economic Skills) .

وترتبط حاجة المعوق عقلياً إلى هذه الأبعاد بدرجة الإعاقة العقلية ، وتتطلب عملية بناء وتدريس المنهاج الفردي للمعوقين عقلياً الخطوات التالية : *

١ ـ التعرف إلى السلوك المدخلي .

٢ ـ إعداد الخطة التربوية الفردية .

* لمزيد من التفاصيل حول هذه الخطوات فيرجى الرجوع إلى كتاب : منهاج المهارات الاستقلالية للمعوقين عقلياً (١٩٨٣) للمؤلف .

٣ ـ التعرف إلى مستوى الأداء الحالي .

٤ ـ إعداد الخطة التعليمية الفردية .

٥ ـ تقويم الأداء النهائي .

تنظيم صفوف المعوقين عقلياً:

تنظم صفوف أو مجموعات المعوقين عقلياً وفق عدد من المتغيرات أهمها: العمر العقلي والعمر الزمني أو كلاهما معاً، وإذا ما أخذنا بتنظيم مجموعات المعوقين عقلياً بحسب متغير العمر الزمني فقد تقسم هذه المجموعات كما يلي :

١ ـ مجموعة ما قبل سن السادسة .

٢ ـ مجموعة ما بعد سن السادسة وقبل الثامنة .

٣ ـ مجموعة ما بعد سن الثامنة وقبل سن العاشرة .

٤ ـ مجموعة ما بعد سن العاشرة وقبل سن الثانية عشرة .

٥ ـ مجموعة ما بعد سن الثانية عشرة وقبل سن الرابعة عشرة .

٦ ـ مجموعة ما بعد سن الرابعة عشرة .

أما إذا أخذنا تنظيم مجموعات المعوقين عقلياً حسب متغير العمر العقلي، فقد تقسم هذه المجموعات كما يلي :

١ ـ مجموعة الإعاقة العقلية الشديدة (Severley Mentally Retarded) .

٢ ـ مجموعة الإعاقة العقلية المتوسطة (Trainable Mentally Retarded) .

٣ ـ مجموعة الإعاقة العقلية البسيطة (Educable Mentally Retarded) .

أما إذا أخذنا بتنظيم مجموعات المعوقين عقلياً حسب متغيري العمر العقلي والزمني، فقد تقسم مجموعات المعوقين عقلياً كما يلي :

١ ـ المجموعة الأولى: وهي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ٢ ـ ٤ سنوات، وعمرها العقلي ما بين ٢ ـ ٤ سنوات.

٢ ـ المجموعة الثانية: وهي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ما بين ٩ ـ ١٣ سنة وعمرها العقلي ما بين ٤ ـ ٦ سنوات.

٣ ـ المجموعة الثالثة: وهي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ما بين ٩ ـ ١٣ سنة وعمرها العقلي ما بين ٦ ـ ٩ سنوات.

٤ ـ المجموعة الرابعة: وهي المجموعة التي يتجاوز عمرها الزمني ١٣ سنة، وعمرها العقلي ٩ سنوات.

وقد يكون تنظيم مجموعات المعوقين عقلياً حسب متغيري العمر العقلي والزمني من أفضل التنظيمات أو أكثرها مناسبة لأغراض التعليم والتدريب.

□□□□□

الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

- مقدمـــــة .
- تعريف الإعاقة البصرية .
- مظاهر الإعاقة البصرية .
- أسباب الإعاقة البصرية .
- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية .
- الخصائص السلوكية للمعوقين بصرياً .
- البرامج التربوية للمعوقين بصرياً .

الفصل الرابع
الإعاقة البصرية

مقدمـــــــة :

تعتبـر وظيفـة الإبصار التي تقوم بها العين من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي، ويشعر الفرد بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على الرؤيا لسبب ما يتعلق بالعين نفسها، أو بالعوامل الخارجية المؤثرة على الإبصار كالظلام مثلاً، في حالة انقطاع التيار الكهربائي، أو في الليل . . . الخ. تتمثل آلية الإبصار في انتقال المثير البصري إلى الشبكية، ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة العصب البصري، حيث يعمـل الجهـاز العصبي المركزي على تفسير المثيرات البصرية، ويوضح الشكل رقم (٧) الأجزاء الرئيسية للعين :

١ ـ القرنية (Cornea) :

وتمثل القرنية ذلك الجزء الأمامي من العين الذي يغطي ويحمي القزحية (Iris) وبؤبؤ العين (Pupil) ويبلغ سمك القرنية حوالي نصف مليمتر عند المركز، وتبدو وظيفة القرنية في السماح للأشعة البصرية للدخول إلى الحجرة الأمامية للعين (Aqueous hu-mor) ، كما تبدو وظيفة القرنية في حماية العين من العدوى بسبب طبقة الدموع الخفيفة التي تغطي القرنية والتي تعطي حماية كبيرة للعين ضد البكتريا والتلوث والأتربة.

٢ ـالقزحية (Iris) :

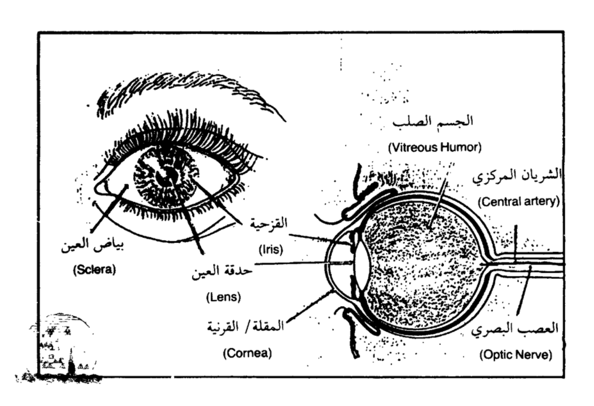
وتمثـل القـزحية ذلك الجزء الملون من العَين، وتبدو وظيفة القزحية في تضييق وتوسيع بؤبؤ العين حسب كمية الضوء الساقط عليها، ولهذا السبب يصبح بؤبؤ العين ضيقـاً عندما تكون كمية الضوء الساقطة على العين شديدة، كما هو الحال في الأيام الحارة، والضـوء الشديد المفاجىء، في حين يصبح بؤبؤ العين واسعاً عندما تكون كمية الضوء الساقطة على العين ضعيفة كما هو الحال في الأوقات التي تنقطع فيها الإضاءة، وفي الليل مثلاً.

٣ ـ العدسة (Lens) :

وتمثل العدسة ذلك الجزء من العين الذي يستقبل الأشعة الضوئية من القزحية، وتبدو وظيفة العدسة في تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية.

٤ ـ الشبكية (Retina) :

وتمثل الشبكية الجزء الخلفي من العين الذي تسقط عليه الأشعة الضوئية وهو أشبه ما يكون بالشاشة التي تسقط عليها الأشعة الضوئية، حيث تظهر صورة الأشياء معكوسة على الشبكية ويقوم العصب البصري (Optic Nerve) بنقل الصورة المعكوسة إلى الجهاز العصبي المركزي، حيث يصحح الجهاز العصبي المركزي الصورة، وتبدو بشكلها الطبيعي.



الشكل رقم (٧)

الأجزاء الرئيسية للعين، عن (WBU) ، ١٩٨٧

تعريف الإعاقة البصرية:

يتمتع حوالي ٩٨,٥٪ من الأفراد بالقدرة على الإبصار بشكل عادي، ولكن حوالي ٠,٥٪ - ١,٥٪ من الأفراد لا يحظون لأسباب عدة، بالقدرة على الإبصار العادي، وهو ما يطلق عليه بالإعاقة البصرية والتي قد تأخذ مظاهر شتى، ففي الولايات المتحدة الأميركيةً يقدر مكتب التربية نسبة المعوقين بصرياً بحوالي ١٪، أما في الأردن، فيقدر صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني (١٩٧٩) عدد المعاقين بصرياً بحوالي ٢٠٨٨ فرداً أي ما نسبته ١١,٢٪ من مجموع المعوقين في الأردن.

هذا وقد ظهرت تعريفات عدة للإعاقة البصرية، منها التعريف القانوني (Legal Definition) ومنها التعريف التربوي (Educational Definition) وقد ظهر التعريف

القانوني، قبل ظهور التعريف التربوي، ويشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية إلى أن الشخص الكفيف، من وجهة نظر الأطباء، هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره (Visual Acuity) عن ٢٠ / ٢٠٠ قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة ٢٠ قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذا التعريف.

أما التعريف التربوي فيشير إلى أن الشخص الكفيف، هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل (Braille Method) (انظر الشكل رقم ٨).

الشكل رقم (٨)

طريقة برايل

تصنيف الإعاقة البصرية

يصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيسيتين:

الأولى: مجموعة المعاقون بصرياً كلياً (Totally Blind) :

وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية : مجموعة المعاقون بصرياً جزئياً (Partially Sighted) :

وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أية وسيلة تكبير، وتتراوح حدة إبصار هذه المجموعة ما بين ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٢٠٠ قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية.

مظاهر الإعاقة البصرية :

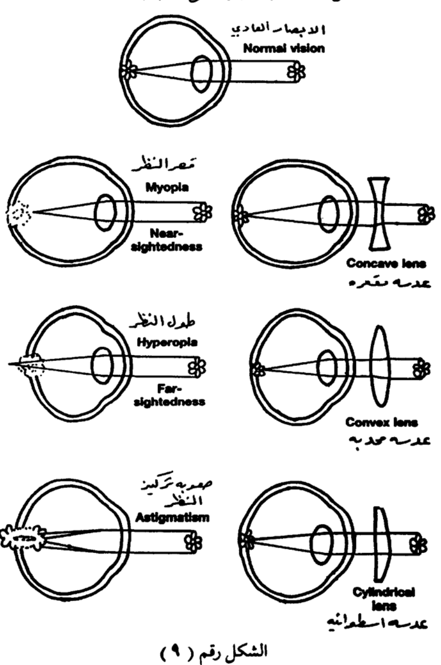
تتعدد مظاهر الإعاقة البصرية ومنها :

١ ـ حالة قصر النظر (Myopia) : وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية، وذلك لأن كرة العين (Eye Ball) أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة (Concave Lens) لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها، (انظر الشكل ٩).

٢ ـ حالة طول النظر (Hyporopai) : وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة (Convex Lens) لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها (انظر الشكل رقم ٩).

٣ ـ حالة صعوبة تركيز النظر (Astigmatism) : وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز (Not in Focus) ، أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين

أو العدسة، (انظر الشكل ٩)، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسة الاسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية.



الشكل رقم (٩)

مظاهر الإعاقة البصرية، عن (WBU) ، ١٩٨٧

أسباب الإعاقة البصرية :

تقسم أسباب الإعاقة البصرية إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي :

الأولى : مجموعة أسباب ما قبل مرحلة الولادة (Pre - Natal Causes) .

الثانية : مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الولادة (Post - Natal Causes) .

يقصد بمجموعة أسباب من ما قبل مرحلة الولادة، كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام ومنها على سبيل المثال العوامل الجينية، وسوء التغذية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، والعقاقير والأدوية، والأمراض المعدية والحصبة الألمانية، والزهري، . . . الخ، وتعتبر هذه العوامل من العوامل العامة المشتركة في أحداث أشكال مختلفة من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية .

أما المجموعة الثانية من الأسباب فيقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر، وسوء التغذية، والحوادث والأمراض، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإصابة بالإعاقة البصرية .

وقد تمثل حالات قصر النظر، أو طوله، أو صعوبة تركيز النظر، أو ولادة الطفل كفيفاً كلياً أو جزئياً، أمثلة على مجموعة أسباب ما قبل مرحلة الولادة وأثناءها في حين تمثل حالات إصابة العين بالمياه البيضاء (Cataract) أو السوداء (Glaucoma) أو التهاب الملتحمة (Pink Eye) أو التراخوما (Trachoma) أو جفاف الملتحمة/العشى الليلي (Xerophthalmia) أو اعتلال الشبكية الناجم عن مرض السكري (Diabetic - Retionopathy) أو انفصال الشبكية (Detached Retina) أو التهاب القزحية أو القرنية (Inflammation of the Iris & Cornea) . . . الخ أمثلة على مجموعة أسباب مرحلة ما بعد الولادة، والتي قد تتظافر مع مجموعة أسباب ما قبل الولادة، وفيما يلي تفسير لبعض الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة البصرية :

١ ـ المياه البيضاء (Cataract) :

ويقصد بذلك تعتيم عدسة العين التدريجي، حيث يؤدي ذلك إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجياً، الأمر الذي يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية فيما بعد، وتعتبر العوامل الوراثية أو الحصبة الألمانية أو التقدم في العمر، أو أشعة الشمس الحارة، أو الحرارة الشديدة من العوامل التي تؤدي إلى إصابة العين بالمياه البيضاء، وتعمل العمليات الجراحية على إزالة المياه البيضاء من العين ومن ثم تركيب العدسات المناسبة، من العوامل التي تقي الفرد الإصابة بالإعاقة البصرية.

٢ ـ المياه السوداء (Glaucoma) :

ويقصد بذلك تزايد الضغط على كرة العين، حيث تتجمع السوائل داخل العين مما يؤدي إلى زيادة الضغط على كرة العين، وإذا لم تشخص مثل هذه الحالة في وقت مبكر فسوف يؤدي ذلك إلى تفاقم الأمر مما يؤدي إلى صعوبة وصول الدم إلى العصب البصري، ويعني ذلك كف القدرة على الإبصار. وتعتبر العوامل الوراثية والتقدم في العمر، من العوامل الرئيسية المسببة بإصابة العين بالمياه السوداء وتعمل العمليات الجراحية، واستخدام أشعة الليزر، على إزالة المياه السوداء من العين.

٣ ـ السكري (Diabetes) :

ويقصد بذلك احتمال إصابة الفرد بالإعاقة البصرية نتيجة لإصابته بمرض السكري، إذ يعاني المصاب بالسكري من ارتفاع واضح في نسبة السكر في الدم، وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين لدى المصاب والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر من الدم، ويسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم وصعوبة امتصاصه في خلايا الجسم، ومنها الشبكية، فيترتب على ذلك النقص الواضح في كمية السكر اللازمة لخلايا الشبكية، مما يؤدي إلى كف البصر التدريجي، وتسمى هذه الحالة باسم (Diabetic Retinopathy) ومما تجدر الإشارة إليه هنا إلى تناقص عدد حالات الإعاقة

البصرية الناجمة عن مرض السكري بسبب التقدم الطبي واكتشاف مثل هذا المرض في سن مبكرة وعلاجه.

٤ ـ أمراض الشبكية (Retina Disorders) :

ويقصد بذلك تلك الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب الشبكية من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية ومن تلك الاضطرابات أو الأمراض الحالة المسماة صعوبة تكوين أجزاء رئيسية في الشبكية (Coloboma) والحالة المسماة (Retinitis Pigmen-tosa) أو الحالة المسماة بانفصال الشبكية (Detached Retina) .

٥ ـ أمراض العدسة (Lens Disorders) :

ويقصد بذلك تلك الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب عدسة العين، أو الأجزاء الخلفية للعدسة، ومنها الحالة المعروفة باسم (Retrolental Fibroplasia, RLF) والتي تحدث نتيجة لزيادة كمية الأكسجين التي تعطي للفرد المصاب بنقص واضح في كمية الأكسجين اللازم للخلايا الدماغية، وخاصة أثناء الولادة أو بعدها.

٦ ـ التهابات العين :

ويقصد بذلك الالتهابات المزمنة التي تصيب القرنية أو القزحية أو الملتحمة، الأمر الذي يؤدي إلى شكل ما من أشكال الإعاقة البصرية، وخاصة إذا لم تعالج مثل هذا الالتهابات.

٧ ـ الحـــول (Strabismus) :

ويقصد بذلك صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين، وقد يأخذ الحول شكلين رئيسيين الأول يتمثل في توجيه كلتا العينين نحو الداخل (Inward Crossed eyes) أما الثاني فيتمثل في توجيه كلتا العينين نحو الخارج (Outward Crossed Eyes) ومهما كان شكل الحول فإنه يؤثر تأثيراً مباشراً على الرؤيا السليمة، ولذا تعتبر الإجراءات الطبية ضرورية لتصحيح مثل هذه الحالة.

٨ ـ الحوادث وأسباب أخرى:

ويقصد بذلك إصابة العين أو أجزاء منها بصورة مباشرة أو غير مباشرة بخلل ما نتيجة لحوادث منها الضرب على الرأس، أو إصابة العين بضربة مباشرة، أو العمل في الأماكن التي تشتد فيها الحرارة، كالأفران والإشعاعات، أو التي تكثر فيها الأتربة والغبار أو قلة الاهتمام بالنظافة الشخصية، وخاصة نظافة العيون . . . الخ.

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

يظهر الأطفال أو الأفراد ذوي المشكلات البصرية أعراضاً تدلل بطريقة ما على صعوبة في القدرة على الإبصار، مقارنة مع الطفل أو الفرد العادي الذي لا يعاني من مشكلات بصرية، ومن الأعراض التي يظهرها الأطفال ذوي المشكلات البصرية:

١ ـ تقريب أو إبعاد المادة المكتوبة من العينين.

٢ ـ صعوبة رؤية الأشياء البعيدة.

٣ ـ صعوبة رؤية الأشياء القريبة.

٤ ـ فرك العينين.

٥ ـ احمرار العينين.

٦ ـ تكرار رمش العينين.

٧ ـ تغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة.

٨ ـ الحول.

٩ ـ الشعور بالصداع عند القراءة. . .

وقد يلاحظ الآباء والأمهات والمعلمون مثل تلك المظاهر، وفي مثل هذه الحالات فإن تشخيص المشكلات البصرية يصبح أمراً ضرورياً من قبل الأخصائي في قياس وتشخيص المشكلات البصرية، والذي يسمى (Ophthamologist) حيث يحدد هذا الأخصائي نوع ومدى المشكلة البصرية التي يعاني منها الفرد باستخدام الأجهزة الفنية الحديثة في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية.

أما الطريقة التقليدية في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية فكانت تقوم على أساس من استخدام لوحدة سنلن المعروفة (Snellen Chart) والتي تتضمن ثمانية صفوف من الأحرف (E أو C) والتي تتناسب في حجمها مع المسافات التالية ٦، ١٢، ١٨، ٢٤، ٣٠، ٣٦ متراً وفي هذه الطريقة يطلب من المفحوص والذي يكون في العادة على بعد ٦ أمتار من اللوحة، أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها، فإذا استطاع أن يميز اتجاه صف الحروف الثامن من على مسافة ٦ متر، فإن قدرته على الإبصار هي ٦/٦، أما إذا استطاع أن يميز اتجاه صف الحروف السابع من على مسافة ٦ متر، فإن قدرته على الإبصار هي ١٢/٦ وهكذا، وغالباً ما يتم قياس وتشخيص كل عين على حدة، وقد وجهت الكثير من الانتقادات لهذه الطريقة، منها صعوبة فهم تعليمات تطبيق هذه الطريقة وخاصة مع الأطفال، والأميين، وصعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية، لهذا السبب اتجه المتخصصون إلى الطرائق الحديثة في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية.

الخصائص السلوكية للمعوقين بصرياً:

تتأثر الكثير من الخصائص السلوكية لدى الفرد بالإعاقة البصرية، كالخصائص العقلية، واللغوية والأكاديمية، والاجتماعية، والمهنية، وتشير الدراسات التي أجريت في هذا الصدد إلى وجود فروق ذات دلالة مميزة بين العاديين والمعاقين بصرياً، في تلك الخصائص التي أشير إليها.

الخصائص العقلية:

هل تؤثر الإعاقة البصرية على قدرات الفرد العقلية؟ وهل يختلف أداء الأفراد المعاقون بصرياً على اختبارات الذكاء عن أداء الأفراد العاديين؟ وقد تكون الإجابة على تلك الأسئلة متمثلة في طبيعة الفقرات المتضمنة في اختبارات الذكاء، فعلى سبيل المثال فقد لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصرياً على اختبار ستانفورد بينية، أو الجانب اللفظي من مقياس وكسلر، ولكن قد توجد فروق

بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصرياً على اختبارات الذكاء ذات الفقرات الأدائية (Samuel P. Hayes, 1941) حيث أشار هيز في كتابه المعروف باسم (Contribution to a Psycology of Blindness, 1941) إلى أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على القدرات العقلية للمعوقين بصرياً، فقد عمل على تعديل مقياس ستانفورد بينية ليناسب المعاقين بصرياً وظهر ما يسمى بمقياس هيز ـ بينية (Hayes - Binet) ومن مقاييس القدرة العقلية للمعوقين بصرياً ذلك المقياس الذي طوره نيولاند (Newland, 1964) والمسمى (The Blind Learning Abtitude Test, BALT) .

الخصائص اللغوية :

هل تختلف اللغة المنطوقة لدى المعاق بصرياً عن لغة الفرد العادي؟ وهل تؤثر الإعاقة البصرية على اكتساب اللغة؟ وقد تكون الإجابة على تلك الأسئلة متمثلة في أن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصرياً، حيث تشير الدراسات التي أجريت في هذا الصدد إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين طريقة اكتساب الكفيف، والفرد العادي للغة المنطوقة إذ يسمع كل منهما، اللغة المنطوقة، في حين توجد فروق ذات دلالة بين كل منهما في طريقة كتابة اللغة، إذ يكتب الفرد العادي اللغة بالرموز الهجائية المعروفة، في حين يكتبها الكفيف بطريقة بريل، ومن الظواهر التي تسترعي الانتباه عند الحديث عن الخصائص اللغوية للمكفوفين، ظاهرة اللفظية (Verbalism) ، والتي تعني المبالغة في وصف خبرة ما، وقد تعبر مثل تلك الظاهرة عن رغبة الكفيف في إشعار الآخرين بمعرفته في تلك الخبرة.

ومما يتصل بالخصائص اللغوية، تكوين المفاهيم أو ما يسمى بالنمو المعرفي، إذ يواجه المعاق بصرياً مشكلات في تكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري، مثل مفهوم المساحة أو المسافة أو الألوان.

الخصائص الأكاديمية :

هل يختلف تحصيل الفرد العادي عن تحصيل الفرد المعاق بصرياً، إذا ما تشابهت

الظروف الأخرى؟ أي هل تؤثر الإعاقة البصرية على التحصيل الأكاديمي؟ وقد تكون الإجابة العفوية، نعم، إذ بسبب التعطيل الجزئي أو الكلي لوظيفة البصر، فلا بد وأن يحدث خلل ما في استقبال المعلومات وخاصة المعلومات المكتوبة بالطريقة العادية، ومن أجل تعويض ذلك يلجأ المعاق بصرياً إلى الحصول على معلومات مسموعة أو منطوقة أي مسجلة على أشرطة، ولذا ظهرت الكتب الناطقة، كما يمكن للمعاق بصرياً من الحصول على معلومات إذا ما كتبت المواد المطبوعة بطريقة برايل، وتشير الدراسات إلى أن التحصيل الأكاديمي للمعاق بصرياً هو أقل منه لدى الفرد العادي إذا ما تساوى كل منهما في العمر الزمني والعقلي، وما يؤيد ذلك صعوبة التعبير الكتابي لدى المعاق بصرياً عند أداء الامتحانات الأمر الذي يعقد الموقف، وخاصة إذا كان الممتحن مبصراً ولا يستطيع أن يقرأ المادة المكتوبة بطريقة برايل، أو عندما لا يستطيع المعاق بصرياً أن يعبر عن نفسه لفظياً عند إجابته على فقرات الامتحان التحريري، وقد يتقارب أداء الفرد المعاق بصرياً من أداء الفرد العادي من الناحية التحصيلية، إذا ما توافرت المواد التي تساعد الكفيف على استقبال المعلومات والتعبير عنها.

الخصائص الاجتماعية والمهنية:

هل تؤثر الإعاقة البصرية على أشكال العلاقات الاجتماعية والمهنية للفرد؟ وهل يتأثر موقف الآخرين من المعاق بصرياً بسبب إعاقته البصرية؟ وقد تكون الإجابة على تلك الأسئلة متمثلة في نظرة الفرد المعاق بصرياً إلى نفسه وفي نظرة الآخرين إلى المعاق بصرياً؟ تشير الدراسات التي أجريت في هذا المجال وخاصة تلك الدراسات التي لخصها لون فيلد (Lowenfeld, 1973) إلى إحساس المعاق بصرياً بالنقص في الثقة بذاته، وإلى الإحساس بالفشل والإحباط، وذلك بسبب إعاقته البصرية والتي تشكل السبب في تدني أداءه الأكاديمي، أو المهني، مقارنة مع العاديين، وينعكس ذلك على موقفه من الآخرين ومن ردود الأفعال المتوقعة من الآخرين نحوه، وقد يكون موقف الآخرين سلبياً نحو المعاق بصرياً، يغلب عليه طابع الشفقة والرفض، وقد يكون موقف الآخرين إيجابياً، يغلب عليه طابع القبول الاجتماعي. ومن الدراسات التي أجريت في

هذا المجال دراسة بتمان (Beteman, 1964) ودراسة جونز (Jones, et al. 1966) حيث أشارت نتائج هذه الدراسات أيضاً إلى تقبل الطلبة المكفوفين كلياً بشكل أكبر من قبل الطلبة العاديين مقارنة مع الطلبة المكفوفين جزئياً.

وقد ينجح المعاق بصرياً في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وخاصة في مجال تكوين الأسرة، وفي ميدان العمل، ولكن ذلك يعتمد وإلى حد كبير على مدى أداء المعاق بصرياً وكفاءته في مجال العمل، وفي الحياة الاجتماعية بشكل عام.

البرامج التربوية للمعوقين بصرياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين بصرياً، طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصرياً، ويمكن أن يميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية، ومنها:

١ - مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصرياً.

٢ - مراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصرياً.

٣ - دمج المعوقين بصرياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.

٤ - دمج المعوقين بصرياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعاقين بصرياً، ومراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصرياً من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصرياً. ويميل الاتجاه التربوي الحديث إلى دمج المعاقين بصرياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصرياً، ومبرراته، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً، تعليم وتدريب المعوقين بصرياً على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة (Mobility) ومهارة القراءة والكتابة

بطريقـة برايل (Braille Method) ومهـارة القراءة بطريقة الاوبتكون (Optacon) ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابي (Abacus) ومهارة الاستماع (Listening Skills) ومهـارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية (Remaining Sight) وفيما يلي شرح موجز لكل من تلك المهارات.

مهارة فن الحركة:

تعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصرياً، وخاصة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكفيف كلياً)، ولذا يعتبر اتقانه لمهـارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين يعتمد الكفيف على حاسة اللمس اعتماداً أساسياً في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس، أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق (صباحاً) ونحو الغرب (مساء)، كما قد يوظف حاسة السمع، في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت، وقد استعان الكفيف على مر العصور بوسائل بدائية وحديثة في توجيه ذاته ابتداء من العصا البيضاء (White Cane) وانتهاء بالعصا التي تعمل بأشعـة الليزر (Lazer Cane) ويذكـر هلهان وزميله (Hallahan & Kauffman, 1981) الوسائل التالية والتي تمثل تطور الوسائل التي استخدمها الكفيف في تعليمه فن الحركة:

١ ـ الدليل المبصر (Human Guides)

٢ ـ الكلاب المرشدة (Seeing - Eye Dogs)

٣ ـ العصا البيضاء (White Cane)

٤ ـ النظارة الصوتية (Sonic Glasses)

٥ ـ الأجهزة الصوتية، مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه ويسمى (Path Sounder) والجهاز الذي يحمل باليد، والذي ينبه الكفيف أيضاً إلى العوائق التي تصادفه ويسمى (Sonic Torch) والجهاز الذي يوضع

حول محيط رأس الكفيف، والذي ينبه أيضاً إلى العوائق التي أمامه ويسمى (-Echoloc ation System) ، وأخيراً العصا البيضاء التي تعمل بأشعة الليزر وتسمى (Lazer Cane) حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا الكفيف بالعوائق التي تصادفه وذلك بإصدار أصوات من مكبر للصوت مثبتة على العصا نفسها، هذا وتعتبر دافعية الفرد الكفيف لتعلم مهارات فن الحركة، والتنقل من مكان إلى آخر من أقوى العوامل التي تساعد على نجاحه في التنقل بأمان من مكان إلى آخر، باستخدام الوسائل التي أشير إليها قبل قليل، مقارنة مع الأشخاص المبصرين جزئياً أو كلياً.

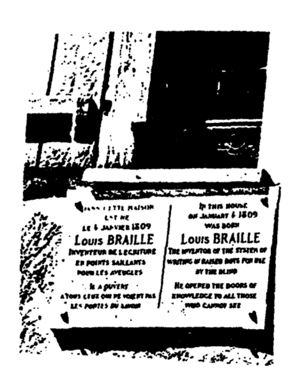
مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل

طور لويس برايل (Braill, 1809 - 1852) طريقة برايل المعروفة والتي سميت باسمه، وقد ساعده في ذلك ضابط فرنسي اسمه شارلس باربير (Charles Barbier) وكان برايل نفسه كفيفاً، يقيم في قرية كوب فري (Coupvary)* الشكل رقم (١٠) في ضواحي باريس، حيث كان يعمل والده صانعاً لسروج الخيل.

تقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة (Dots) والتي تشكل بديلاً لتلك الحروف الهجائية، وتعتبر الخلية (Cell) هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة، حيث تتكون الخلية من ستة نقاط على الشكل التالي:

٤	•	•	١
٥	•	•	٢
٦	•	•	٣

* زار المؤلف منزل لويس برايل في قرية كوب فري في ضواحي باريس عام ١٩٨٤.





Louis Braille.

الشكل رقم (١٠)

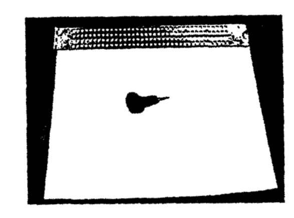
لويس برايل، ومنزله في ضواحي باريس، عن (Roblin, 1984)

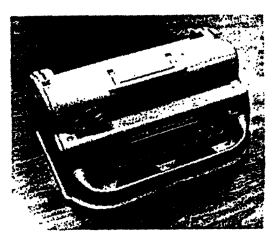
حيث تعطى كل نقطة من النقاط رقماً معيناً يبدأ من ١ وينتهي بـ ٦ ويمثل الشكل رقم (١١) الخلايا الممثلة للحروف الهجائية وللأرقام وفق طريقة برايل.

وتستخدم أدوات معينة في كتابة برايل، ومنها الآلة المعروفة باسم آلة طباعة بيركنز (Perkins Brailler) وآلة المسطرة والمخرز (Slat & Stylus) ، انظر الشكل رقم (١١). وقد ظهرت الآن في الأسواق الصناعية أدوات وأجهزة تعمل على كتابة المواد بطريقة برايل وطبع نسخ متعددة منها، مثل جهاز (The Thiel Braille) وجهاز (Braillophon) ، حيث صنعت تلك الأجهزة في ألمانية الغربية.

ALPHABET BRAILLE

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
	u	v	x	y	z	ç	é	à	è	ù
	â	ê	î	ô	û	ë	ï	ü	œ	w
Signe numérique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Signe générateur	,	;	:	.	?	!	()	«	»	'





الشكل رقم (١١)

كتابة الحروف الهجائية والأرقام بطريقة برايل،

بأدوات كتابة برايل. عن (Roblin, 1984) ، و (Hallan, 1981)

مهارة القراءة بطريقة الاوبتكون:

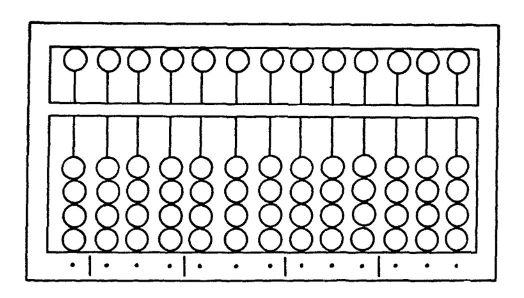
ظهر جهاز الاوبتكون في عام ١٩٧١، ويتكون هذا الجهاز من كاميرا صغيرة، وشاشة صغيرة، وجهاز بحجم آلة التسجيل الصغيرة، به فتحة تسمح بدخول اصبع السبابة فيه، (انظر الشكل ١٢) ومهمة هذا الجهاز مساعدة الكفيف على قراءة المواد المطبوعة، والكتب والمجلات والجرائد، وذلك بواسطة تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة تحت اصبع السبابة بحيث يحس الكفيف شكل الحرف المقروء بواسطة الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة تسمح للمعلم بمراقبة ما يقرأ الكفيف، ويقرأ الكفيف بهذه الطريقة ،ما معدله من ٥-١١كلمة في الدقيقة، وفي الأردن أجرى (الخياط، ١٩٨٩) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية استخدام جهاز الاوبتكون في اكتساب مهارة القراءة لدى الطالبات الكفيفات في عينة أردنية، وقد شملت الدراسة عينة مؤلفة من (١٨) طالبة من طالبات المركز الإقليمي لتأهيل وتدريب الكفيفات بعمان، وفي هذه الدراسة أجرى الباحث اختباراً قبلياً لأداء الطالبات على مقياس مهارات القراءة بواسطة جهاز الاوبتكون، ثم أخضع الطالبات لبرنامج تدريبي مدته حوالي ستة أشهر، ثم أجرى الباحث اختباراً بعدياً لأداء الطالبات على مقياس مهارات القراءة بواسطة جهاز الاوبتكون، وأشارت نتائج الدراسة إلى أثر المستوى التعليمي للطالبات في الأداء على مهارات القراءة بواسطة جهاز الاوبتكون ($\propto$ = ٠,٠٠١)، كما كان متوسط أداء الطالبات على مقياس مهارات القراءة بواسطة جهاز الاوبتكون هو (٣١) كلمة.



شكل رقم (١٢)
القراءة بطريقة الاوبتكون للمكفوفين

مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الابكس (Abacus) :

يعتبر المعداد الحسابي من الآلات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية (انظر الشكل رقم ١٣) فقد ظهرت هذه الآلة في دول شرق آسيا والصين واليابان ومازالت مستعملة حتى الآن، وقد طورت هذه الآلة لتساعد المعاقين بصرياً على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي (Davidow, 1978) .



الشكل رقم (١٣)

آلة الابيكس

(المعداد الحسابي)

يتكون المعداد الحسابي، وهو مستطيل الشكل، من ١٣ عموداً متوازياً، في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم أفقياً إلى جزئين، الجزء العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود، والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمود أيضاً، كما توجد في أسفل كل جزء نقاط بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية.

مهارة الاستماع:

ويقصد بذلك تنمية مهارة الاستماع لدى الكفيف، وذلك من خلال اعتماده على الكتب الناطقة أو الأشرطة المسجلة، ويمكن تنمية مهارة الاستماع لدى الكفيف بواسطة تعريضة لمواد مسموعة وفي أوقات معينة، بحيث يطلب منه فهم المادة المسموعة والتي تزيد كميتها تدريجياً، في فترات زمنية متدرجة. وتبدو قيمة هذه المهارة في سرعة

الحصول على المعلومات مقارنة بطريقة برايل مثلاً، وقد وجهت بعض الانتقادات لهذه الطريقة والممثلة في اعتماد الكفيف على هذه الطريقة على حساب الطرائق الأخرى في الحصول على المعلومات.

مهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية:

ويقصد بذلك تنمية مهارة ما تبقى لدى المعاق بصرياً من قدرة بصرية، إذ تتمكن نسبة من المعاقين بصرياً من قراءة الكلمات المطبوعة بالقدرة البصرية المتبقية لديهم، وقد تتم تنمية هذه المهارة بعدة طرائق منها استخدام النظارات المكبرة، أو استخدام الكتب المطبوعة بحروف كبيرة، وتبدو قيمة هذه المهارة في سرعة الحصول على المعلومات المقروؤة مقارنة مع طريقة برايل أو الأوبتكون، وقد وجهت بعض الانتقادات لهذه الطريقة والمتمثلة في إجهاد العين، وصعوبة توفر المواد المكتوبة بحروف كبيرة.

مهارة استعمال الحاسوب:

ويقصد بذلك تنمية مهارة استخدام الحاسوب في الحصول على المعلومات من قبل المعاقين بصرياً، وتعتبر فكرة اللغة الصناعية (Artificial language) من الأفكار الجديدة في مجال علم الحاسوب، فهي نتاج تعاون عدد من الأخصائين في اللغة وعلم الحاسوب والهندسة، والتربية الخاصة، ففي عام ١٩٧٥ بدأ قسم الحاسوب في جامعة ولاية متشجان الأميركيّة بالعمل والبحث في مشروع اللغة الصناعية أو ما يسمى باللغة المنطوقة أو المكتوبة باستعمال الحاسوب، ويشير مصطلح اللغة الصناعية إلى ذلك النظام اللغوي المصمم وفق نظام الحاسوب والذي يشبه إلى حد كبير اللغة العادية الطبيعية، ويهدف مشروع اللغة الصناعية إلى تطوير نظام صوتي بديل عن نظام الصوت الإنساني الطبيعي ليساعد الأفراد ذوي المشكلات اللغوية على الاتصال مع الآخرين كالمكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي وذوي المشكلات التعبيرية اللغوية. (الروسان، ١٩٨٣).

ومن الخدمات التي يقدمها الحاسوب للمكفوفين قراءة الرسائل والتقارير والمتطلبات المدرسية . . . الخ بطريقة لفظية مسموعة وذلك من خلال تحويل المواد المطبوعة إلى مواد منطوقة ومن أجهزة الحاسوب التي تعمل وفق ذلك، جهاز كيرزويل الناطق والذي انتجته شركة (Karzweil) وجهاز الـ (Omnicom) وجهاز الصوت اليدوي (Hc 120/110) الخ .

□□□□□

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

- مقدمـــــة .
- تعريف الإعاقة السمعية .
- تصنيف الإعاقة السمعية .
- أسباب الإعاقة السمعية .
- قياس وتشخيص الإعاقة السمعية .
- الخصائص السلوكية للمعوقين سمعياً .
- البرامج التربوية للمعوقين سمعياً .

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

مقدمـــــــة :

تعتبر وظيفة السمع التي تقوم بها الأذن من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي ، ويشعر الفرد بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على السمع لسبب ما يتعلق بالأذن نفسها .

تتمثل آلية السمع في انتقال المثير السمعي من الأذن الخارجية إلى الوسطى ومن ثم إلى الأذن الداخلية فالعصب السمعي ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي ، حيث تفسر المثيرات السمعية ، ويمثل الشكل رقم (١٤) الأجزاء الرئيسية للأذن ، وهي :

١ ـ الأذن الخارجية (The Outer Ear)

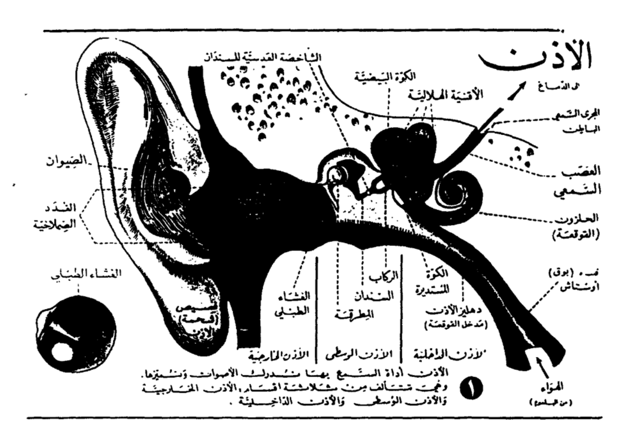
وتمثل الأذن الخارجية الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من صيوان الأذن (Auricle) وتنتهي بطبلة الأذن (Eear Drum) ، ومهمة الأذن الخارجية تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الأذن .

٢ ـ الأذن الوسطى (The Middle Ear) :

وتمثل الأذن الوسطى الجزء الأوسط من الأذن ، وتتكون من ثلاث أجزاء رئيسية هي المطرقة (Malleus) والركاب (Incus) ، والسندان (Stapes) ، ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية .

٣ ـ الأذن الداخلية (The Inner Ear) :

وتمثل الأذن الداخلية الجزء الداخلي من الأذن، وتتكون من جزئيين رئيسيين هما الـدهليز (The Vestibular) والقوقعة (The Cochlea) ، ومهمة الدهليز، والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية، المحافظة على توازن الفرد، أما مهمة القـوقعـة فهي تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل إلى الدماغ بواسطة العصب السمعي.



الشكل رقم (١٤)

الأجزاء الرئيسية للأذن

تعريف الإعاقة السمعية :

يتمتع حوالي ٩٩٪ من الأفراد بالقدرة على السمع بشكل عادي، ولكن حوالي ٠,٥٪ إلى ١٪ من الأفراد لا يحظون، لأسباب عدة، بالقدرة على السمع، وهو ما يطلق عليه الإعاقة السمعية، ففي الولايات المتحدة الأميركية، يقدر مكتب التربية في عام ١٩٧٥ أن ما نسبته ٠,٥٧٥٪ من أطفال المدارس يعانون من مشكلات سمعية تتراوح ما بين الإعاقة السمعية البسيطة والشديدة، أما في الأردن، فيقدر صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني (١٩٧٩) عدد المعاقين سمعياً بحوالي ٣١٩٣ فرداً أي ما نسبته ١٦,٩٪ من مجموع المعوقين في الأردن. هذا وقد ظهرت تعريفات للإعاقة السمعية، فالطفل الأصم كلياً (Deaf Child) هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، وكنتيجة لذلك فلم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الطفل الأصم الأبكم (Deaf Mute Child) أما الطفل الأصم جزئياً (Hard of Hearing) فهو ذلك الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية.

تصنيف الإعاقة السمعية :

تصنف الإعاقة السمعية وفق بعدين رئيسيين هما:

١ - **العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية**: وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى:

أ - صمم ما قبل تعلم اللغة (Prelingual Deafness) ، ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة، أي ما قبل سن الثالثة، وتتميز هذه الفئة بعدم قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع اللغة.

ب ـ صمم ما بعد تعلم اللغة (Postlingual Deafness) ، ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة.

٢ ـ **مدى الخسارة السمعية**: وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى ثلاث فئات حسب درجة الخسارة السمعية والتي تقاس بوحدات تسمى ديسبل (Decibels) كما تشير إلى ذلك ليبورتا وزملائها (Laporta, et al. 1978) هي:

أ ـ فئة الإعاقة السمعية البسيطة (Mild Hearing Impaired) : وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين ٢٠ ـ ٤٠ وحدة ديسبل (20 - 40 dB Loss).

ب ـ فئة الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderately Hearing Impaired) : وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين ٤٠ ـ ٧٠ وحدة ديسبل (40 - 70 dB Loss).

جـ ـ فئة الإعاقة السمعية الشديدة (Severely Hearing Impaired) وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين ٧٠ ـ ٩٠ وحدة ديسبل (70 - 92 dB Loss).

د ـ فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً (Profoundly Hearing Impaired) : وتزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة من ٩٢ وحدة ديسبل (92 dB Loss).

أسباب الإعاقة السمعية:

تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب:

الأولى: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية)، وخاصة اختلاف العامل الرايزسي. بين الأم والجنين.

الثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي قبل مرحلة الولادة، وأثناءها، وبعدها، وهنا يمكن ذكر مجموعة من الأسباب منها: سوء تغذية الأم الحامل، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وتعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون مشورة الطبيب وإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، والزهري، ونقص الأكسجين أثناء عملية الولادة، والتهابات الأذن، والحوادث التي تصيب الأذن . . . الخ.

كما يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية حسب مكان الإصابة في الأذن، وهناك يمكن أن نميز ثلاث مجموعات من الإصابة:

١ - إصابة طرق الاتصال السمعي (Conductive Hearing Loss):

وتمثل الإصابة هنا خللاً في طرق الاتصال السمعي أو التوصيلي وغالباً ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية والوسطى، مثل الحالة المسماة (Atresia) والتي تبدو في صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية، أو الالتهابات التي تصب قناة الأذن الخارجية، وكذلك الحالة المسماة (Otitis Media) والتي تبدو في التهاب الأذن الوسطى والتي قد تنتج بسبب التهاب قناة ستاكيوس (Eustachain Tube) أو بسبب الحساسية (Allergy)، وغالباً ما تكون نسبة الخسارة السمعية نتيجة لهذه الأسباب أقل من ٦٠ وحدة ديسبل.

٢ - إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي (Sensorineural)، وتمثل الإصابة هنا خللاً في طرق الاتصال الحسي العصبي، وغالباً ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الداخلية، والتي تشكل مشكلة رئيسية لدى الأطباء والمربين على حد سواء، وتمثل الحالة المسماة (Dysacusis) مثالاً على إصابة الأذن الداخلية، وتبدو أعراض هذه

الحالة في صعوبة فهم الكلام أو اللغة المنطوقة لدى الفرد، وكذلك الحالة المسماة (Tinnitus) والتي تبدو أعراضها في طنين الأذن، وغالباً ما تكون نسبة الخسارة السمعية نتيجة لهذه الأسباب أكثر من ٦٠ وحدة ديسبل.

قياس وتشخيص الإعاقة السمعية:

تقسم طرق قياس وتشخيص الإعاقة السمعية إلى قسمين: هما:

القسم الأول: الطرق التقليدية في قياس وتشخيص القدرة السمعية، ومن تلك الطرق التقليدية طريقة مناداة الطفل باسمه بطريقة الهمس (Whisper Test) وطريقة سماع دقات الساعة (Watch Test)، وتعتبر مثل هذه الطرق من الطرق التقليدية غير الدقيقة في قياس وتشخيص القدرة السمعية.

القسم الثاني: الطرق العلمية الحديثة في قياس وتشخيص القدرة السمعية، وغالباً ما يقوم بإجراء تلك الطرق أخصائي في قياس وتشخيص القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (Audiologist) ومن تلك الطرق، والتي تتصف بالدقة مقارنة مع الطرق التقليدية، طريقة القياس السمعي الدقيق (Pure - tone Audiometry)، وفي هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة / عتبة القدرة السمعية للفرد بوحدات تسمى (Hertz) والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل (Decible, dB)، ويقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد، بوضع سماعات الأذن، على أذني المفحوص، ولكل أذن على حدة، ويعرض على المفحوص أصواتاً ذات ذبذبات تتراوح من ١٢٥ ـ ٨,٠٠٠ وحدة هيرتز، وذات شدة تتراوح من صفر إلى ١١٠ وحدة ديسبل، ومن خلال ذلك يقرر الفاحص مدى التقاط المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة، ويمثل الجدول رقم (٨)، درجات القدرة السمعية مقاسة بوحدات ديسبل:

الجدول رقم (٨): درجات القدرة السمعية مقاسة بوحدات ديسبل

درجات القدرة السمعية	وحدات ديسبل
السمع العادي	٠ ـ ٢٠
الإعاقة السمعية المتوسطة	٢٠ ـ ٤٠
الإعاقة السمعية الشديدة	٧٠ ـ ٩٢
الإعاقة السمعية الشديدة جداً	٩٢ ـ فما فوق

أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية الحديثة في قياس وتشخيص القدرة السمعية، تلك الطريقة المعروفة باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audio-metry)، وفي هذه الطريقة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصواتاً ذات شدة متدرجة، ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه.

ومن الاختبارات التربوية التي تستخدم في قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي مقياس ويبمان للتمييز السمعي (Wepman Auditory Discrimination Test, 1958, 1978) إذ يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة كما يصلح للأعمار ما بين سن الخامسة والثامنة، ويطبق بطريقة فردية (Compton, 1980).

الخصائص السلوكية للمعوقين سمعياً:

يؤثر فقدان القدرة اللغوية، نتيجة للإعاقة السمعية، بشكل فعال على المظاهر السلوكية الأخرى للفرد، مثل المظاهر العقلية والاجتماعية، إذ يصعب فصل اللغة عن تلك المظاهر من الشخصية، ولهذا السبب قد يكون الجواب الظاهري على السؤال التالي: لو خيرت بين الإعاقة السمعية أو البصرية فأيهما تختار؟ إن الجواب الظاهري والسريع هو الإعاقة السمعية لا البصرية، إذ تعطي الإعاقة السمعية الفرص للفرد لكي يتحرك بسهولة من مكان إلى آخر ويستمتع برؤية الأشياء، بسبب تمتعه بالقدرة على الإبصار، ولكن وبالمقابل فإن الدراسات تشير إلى أن آثار الإصابة بالإعاقة السمعية أكثر

ضرراً على الفرد من آثار الإصابة بالإعاقة البصرية، إذ تحول الإعاقة السمعية دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي معاً، على العكس من الإعاقة البصرية والتي لا تحول دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي، وتبدو آثار الإعاقة السمعية واضحة على كثير من الخصائص الشخصية، كالخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية، والاجتماعية، وفيما يلي شرح لتلك الآثار من خلال استعراض تلك الخصائص:

١ ـ أثر الإعاقة السمعية على النمو اللغوي:

يعتبر النمو اللغوي أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، إذ يشير مصطلح الطفل الأصم الأبكم (The Deaf - Mute Child) إلى ارتباط ظاهرة الصمم بالبكم، إذ يؤدي الصمم بشكل مباشرة إلى حالة البكم (Muteness) وخاصة لذوي الإعاقة السمعية الشديدة، إن ذلك يعني إن هناك علاقة طردية واضحة بين درجة الإعاقة السمعية من جهة ومظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى. ومما يدلل على أثر الإعاقة السمعية على النمو اللغوي انخفاض أداء المعوقين سمعياً على اختبارات الذكاء اللفظية، مقارنة مع أدائهم على اختبارات الذكاء الأدائية، كما يذكر هلهان وزملاؤه (Hallahan et al. 1981) ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي، وخاصة لدى الأفراد الذين يولدون صماً، هي:

أ ـ لا يتلق الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين، عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

ب ـ لا يتلق الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

جـ ـ لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها.

إن ذلك يعني أن الطفل المعاق سمعياً محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها، وقد يكون ذلك هو السبب في وقف الطفل

للأصوات التي يقوم بها في مرحلة المناغاة (Babbling Statge) إذ أن الفرق بين الطفل العادي، والطفل الأصم، هو معرفة الطفل العادي لردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها كالتعزيزات اللفظية (Auditory Feedback and Reinforcement) مقارنة مع الطفل العادي، ويعني ذلك أيضاً أن كل منهما يمـر بنفس مراحل النمو اللغوي، ولكن المشكلة لدى الطفل الأصم تبدو في صعوبة حصوله على التعزيز السمعي.

كما تتأثر مظاهر النمو اللغوي بدرجة الإعاقة السمعية، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية، والعكس صحيح، وعلى ذلك يواجه الأفراد ذوو الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة أو في فهم موضـوعات الحديث المختلفة، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة سماع وفهم ٥٠٪ من المناقشات الصفية، وتكوين المفردات اللغوية في حين يواجه الأفرادذوو الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية وتناقص عدد المفردات اللغوية وبالتالي صعوبات في التعبير اللغوي، في حين يواجه الأفراد ذوو الإعاقة الشديدة مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها، وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي.

أثر الاعاقة السمعية على القدرة العقلية:

تؤثر الإعاقة السمعية بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد، إذ أن هناك علاقة طردية بين درجـة الإعـاقـة السمعية ومظاهر النمو اللغوي، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية، كلما زادت المشكلات اللغوية للفرد، وعلى ذلك يشير كثير من علماء النفس التربوي إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية (MacMillan, 1977, Furth, 1973, MaCandless,1973, Piaget,1950, Bruner, 1955) ويعني ذلك تدني أداء المعاقين سمعياً من الناحية اللغوية، ولذا فليس من المستغرب ملاحظة تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبـارات الـذكاء، وذلك بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية، ويشير فيرث وآخـرون (Furth, 1973) إلى تشابه عمليات التفكير (كما هي لدى بياجيه) بين

الأطفال العاديين، والصم، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الصم في التعبير عن بعض المفاهيم وخاصة المفاهيم المجردة، كما ويشير فيرث أيضاً إلى أن الفروق في الأداء بين المعـاقين سمعياً، والعـاديين تعود إلى النقص الواضح في تقديم تعليمات اختبارات الذكاء وخاصة اللفظية لدى الصم، لا إلى قدرات الصم العقلية، ويعني ذلك أن اختبـارات الـذكـاء بوضعها الحالي لا تقيس قدرات الصم العقلية الحقيقية إلا إذا صممت بطريقة تناسب درجة إعاقتهم السمعية، وخاصة الاختبارات الأدائية (Per-formance part) من مقياس وكسلر، فهي أكثر مناسبة للصم من الجانب اللفظي (Verbal Part) من المقياس نفسه، وعلى ذلك كله يصعب اعتبار الصم معاقين عقلياً على اختبـارات الـذكـاء بسبب النقص الـواضـح في قدراتهم اللغوية إلا إذا صممت اختبارات عقلية خاصة بالصم.

أثر الإعاقة السمعية على التحصيل المدرسي:

تؤثر الإعاقة السمعية بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد، ولما كانت جوانب التحصيل الأكاديمي مرتبطة بالنمو اللغوي، فمن الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم وبخاصةٍ في مجالات، القراءة، والكتابة، والحساب، وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية اعتماداً أساسياً على النمو اللغوي، وقد أشار فيرت (Furth, 1973) إلى أن نسبة قليلة من الصم قادرة على القراءة الاستيعابية في مستوى ما بعد المرحلة الثانوية، وقد أجرى رايت ستون وزملاؤه (Writestone et al, 1963) مسحاً لمستويات القراءة لحوالي ٥٣٠٧ تلميذاً أصماً متوسطُ درجة إعاقتهم السمعية ٨٤ وحدة ديسبل، وأعمارهم الزمنية تتراوح ما بين ٥, ١٠ ـ ٥, ١٦ سنة، وأشارت نتائج ذلك المسح إلى أن متـوسط صف القـراءة لهـذه العينة هو في مستوى الصف الثالث الإبتدائي فقط، كما أشارت دراسة أخرى قام بها وليامز وفيرنر (Wiliams & Verner, 1970) والتي شملت ٩٣٪ من الـطلبـة الصم متـوسط أعمـارهم ٢٦ سنـة ويمثلون فئـة الإعاقة السمعية البسيطة والمتـوسـطة، إلى أن نسبـة ٥٪ منهم فقط قد وصلت إلى مستـوى الصف الخـامس

الإبتدائي، وأن نسبة ٣٪ منهم اعتبروا أميين، ومن المناسب الإشارة هنا إلى أن مستوى التحصيل الأكاديمي للصم يتأثر بعدد من العوامل، من أهمها درجة الإعاقة السمعية، ودافعية الفرد الأصم، وطريقة التدريس، ونسبه ذكاء الأصم . . . الخ .

أثر الإعاقة السمعية على التكيف االاجتماعي والمهني:

تعتبر اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وبخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين، ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي، ولذا يعتمد النمو الاجتماعي والمهني على اللغة، وتعتبر اللغة الوسيلة الأولى في هذا الاتصال الاجتماعي، وعلى ذلك يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي والمهني وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء أكان ذلك في مجال الأسرة، أو العمل، أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، ولذا يبدو الفرد الأصم وكأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل المعاقون سمعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات أهمية خاصة بالنسبة لهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط التي تترتب على نتاج التفاعل الاجتماعي بين الافراد العاديين والصم، ولهذا السبب فليس من المستغرب ميل الأفراد الصم إلى المهن التي لا تتطلب الكثير من الاتصال الاجتماعي كالرسم والخياطة والنجارة والحدادة . . . إلخ .

البرامج التربوية للمعاقين سمعياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين سمعياً، طرائق تنظيم تعليم وتربية المعوقين سمعياً، ويمكن أن نميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١ ـ **مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين سمعياً.**

٢ ـ **مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين سمعياً.**

٣ ـ **دمج المعوقين سمعياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.**

٤ ـ **دمج المعوقين سمعياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.**

وتعتبر مراكز **الإقامة الكاملة**، ومراكز التربية الخاصة للمعوقين سمعياً، من أقدم البرامج التربوية للمعوقين سمعياً، ويميل الاتجاه التربوي الحديث إلى دمج المعوقين سمعياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة **العادية**، ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين سمعياً، ومبرراته، فلا بد من أن تتضمن البرامج التربوية للمعوقين سمعياً تعليم وتدريب المعاقين سمعياً على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم، مثل مهارة التدريب السمعي (Auditory Turning Skill، ومهارة قراءة الشفاه (لغة الشفاه) (Speech or Lip Reading Skill)، ومهارة لغة الإشارات والأصابع (Sign Language and Finger Spiling Skill) ومهارة الاتصال الكلي (Total Communcation Skill) وفيما يلي شرح موجز لكل مهارة من تلك المهارات.

١ ـ مهارة التدريب السمعي:

ويقصد بذلك تدريب الأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة على مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات، أو الكلمات، أو الحروف الهجائية، وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت درجة الإعاقة السمعية، ومهمة مدرس مهارة التدريب السمعي تنمية تلك المهارة باستخدام الطرائق والدلائل المناسبة، وخاصة الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد على انجاح هذه الطريقة، والتي تهدف إلى **ثلاثة أهداف**، كما يذكرها كارهارت (Carhart, 1960) وساندرز (Sanders, 1971) **هي:**

١ ـ تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.

٢ ـ تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.

٣ ـ تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

ويمكن لمدرس الصم أو أخصائي التدريب السمعي وحتى الآباء أن ينموا مهارة التدريب السمعي للطفل المعاق سمعياً من خلال عدد من التدريبات الصوتية والتي تؤدي إلى الأهداف الثلاثة المشار إليها، ويذكر سلفرمان (Silverman, 1971) عدداً من التوجيهات المهمة في تطبيق أساليب التدريب السمعي، وهي:

١ ـ تنمية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال الذين لديهم بقايا قدرة سمعية (Resi-dual Hearing) ويعني ذلك أن لدى مثل هؤلاء الأطفال قدرة سمعية متبقية، ويمكن تنميتها من خلال برامج التدريب السمعي.

٢ ـ تزداد فعالية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً، كلما زادت فرص تعزيز الأطفال المعاقين سمعياً على التمييز بين الأصوات.

٣ ـ تزداد فعالية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً، كلما زادت فرص تعزيز الأطفال المعاقين سمعياً على التمييز بين الأصوات.

٤ ـ تزداد فعالية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً، كلما بدأ تدريب الطفل المعاق سمعياً في عمر مبكر.

٥ ـ تزداد فعالية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً، كلما وظفت مهارة التدريب السمعي في مهارات تعليمية ذات معنى بالنسبة للطفل الأصم نفسه.

وقد حددت بعض مناهج المعوقين سمعياً عدداً من الأهداف المرتبطة بمنهاج التدريب السمعي، وخاصة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة، فقد

أشار البرنامج المقدم في مدارس أوكلاند (Okland, 1975) إلى الأهداف التالية:

١ ـ الاستدارة نحو مصدر الصوت.

٢ ـ إصدار أصوات غير صوت البكاء.

٣ ـ إصدار أصوات المناغاة.

٤ ـ جذب انتباه الآخرين من خلال إصدار بعض الأصوات.

٥ ـ تقليد كلمات بسيطة.

٦ ـ التعبير عن السرور.

٧ ـ القدرة على نطق الاسم الأول.

٨ ـ الاستجابة لتعبيرات الآخرين.

٩ ـ استخدام الكلمات التعبيرية.

١٠ ـ نطق بعض الكلمات القصيرة.

١١ ـ الإشارة إلى الحيوانات.

١٢ ـ التعبير عن حاجاته الشخصية.

١٣ ـ استخدام أفعال لها معنى.

١٤ ـ استخدام كلمات في جمل.

١٥ ـ المساهمة في الألعاب الجماعية.

١٦ ـ استخدام الأسماء.

١٧ ـ استخدام الجمل.

١٨ ـ التعرف إلى الجملة الاسمية.

١٩ ـ التعرف إلى الجملة الفعلية.

٢٠ ـ استخدام أدوات العطف.

٢١ ـ التعرف إلى الاسم المفرد والمثنى والجمع.

٢٢ ـ كتابة موضوع تعبير مكون من فقرتين.

٢٣ ـ استخدام الضمائر.

٢٤ ـ استخدام أنواع من الجمل.
٢٥ ـ استخدام جمل تتضمن أدوات العطف.

مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه:

ويقصد بذلك تنمية مهارة المعاق سمعياً على قراءة الشفاه وفهمها، ويعني ذلك أن يفهم المعاق سمعياً الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء الكلام من قبل الآخرين، وقد يكون مصطلح قراءة الكلام (Speech Reading) أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه (Lip Reading)، إذ يتضمن المصطلح الأول عدداً من المهارات البصرية الصادرة عن الوجه بالإضافة إلى الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم، في حين يقتصر المصطلح الثاني على الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم فقط. ويشير ساندرز (Sanders, 1971) إلى طريقتين من طرق تنمية مهارة قراءة الكلام/ الشفاه لدى الأفراد المعاقين سمعياً هما:

١ ـ الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعاق سمعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.

٢ ـ الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

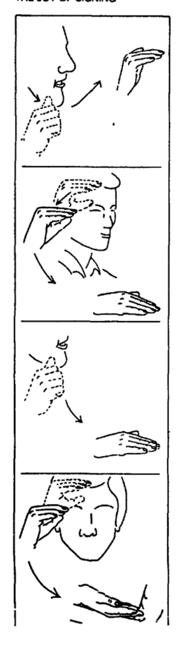
ومهما تكن الطريقة التي تنمي بها مهارة قراءة الشفاه/ أو الكلام، فإن نجاح الطريقة، أياً كانت يعتمد اعتماداً أساسياً على مدى فهم المعاق سمعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام، والتي تمثل تلك المثيرات البصرية أو الدلائل البصرية النابعة من بيئة الفرد، كتعبيرات الوجه، وحركة اليدين، ومدى سرعة المتحدث، ومدى ألفة موضوع الحديث للمعاق سمعياً، ومدى مواجهة المتحدث للمعاق سمعياً، والقدرة العقلية للمعاق سمعياً.

مهارة لغة الإشارة والأصابع :

ويقصد بذلك تنمية مهارة إرسال واستقبال لغة الإشارة أو الأصابع ، لدى المعاق سمعياً، وذلك من أجل تمكينه من فهم الآخرين أو التعبير عن الذات .

يعود تاريخ لغة الإشارة والأصابع إلى القرن الثامن عشر، فقد استخدم دي ليبيه (Del'Epee, 1775) هذه الطريقة مع الأطفال الصم، ثم ظهرت فيما بعد لغة الإشارة الأميركيّة (American Sign Language, ASL) ولغة الإشارة البريطانية (Britsh Sign Language, BSL) ولغة الإشارة السويدية (Swedish Sign Language, SSL) . وتعرف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، وتذكر ريكوف (Riekehof, 1976) إن هذه اللغة قد طورت في الولايات المتحدة الأميركيّة من قبل مجموعة من المهتمين بتربية الصم، ومنهم الدكتور ماسون كوجزل (DR. Mason Cogswell) ، والدكتور توماس هـ. جاليدت (Dr. Thomas Hopkinx Gallaudet) ، والذي درس لغة الإشارة في فرنسا ثم عاد إلى الولايات المتحدة ونشر لغة الإشارة الفرنسية هناك بمساعدة معلمة فرنسية صماء هي لورانت كليرس (Laurent Clerce) في ولاية كونتكيت (Counetcicut) ثم في كلية جاليودت في واشنطن .

تغطي لغة الإشارة الأميركية عدداً كبيراً من الموضوعات التي يمكن التعبير عنها بلغة الإشارة، مثل العلاقات العائلية، والضمائر، والوقت، والعمليات العقلية، والمشاعر الانفعالية، والمهن، والنقود، والحركات الجسمية، والمتضادات والأماكن والاتجاهات، والأفعال، والمجموعة، والجوانب التربوية، والأثاث والأقطار والمدن والولايات والحيوانات، والأعداد . . . الخ . وتوضح الأمثلة في الشكل (١٥) بعض الإشارات الخاصة بأفراد العائلة :



WOMAN

Sign "FEMALE"; then bring the flat hand, palm down, away from the face at the level of the cheek.
Origin: Indicating the height of the woman.
Usage: a young *woman.*
Note: The sign listed for "lady" is often used instead

BOY

Sign "MALE"; then bring the right open hand down to about waist level, palm down.
Origin: A male of small stature.
Usage: an active *boy.*
Note: The hand would be brought considerably lower for a 3-year-old child than for a 12-year-old.

GIRL

Sign "FEMALE"; then bring the right open hand down to about waist level, palm down.
Origin: A female of small stature.
Usage: a pretty *girl.*
Note: See note under "boy."

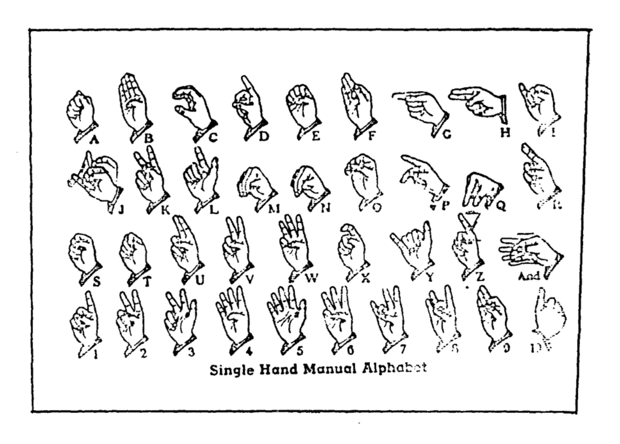
SON

Sign "MALE"; then place right hand (palm up) in the crook of the left arm.
Origin: A male baby.
Usage: our only *son.*

الشكل رقم (١٥)

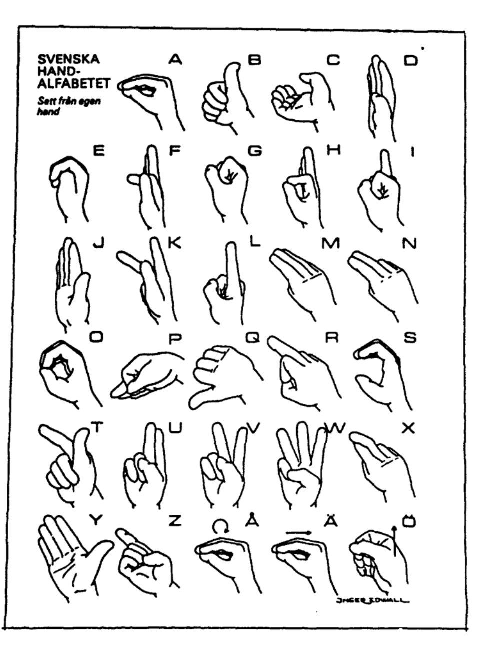
الإشارات الخاصة بأفراد العائلة، عن (Riekehof, 1976)

أمـا لغـة الأصـابـع (Finger Spelling) فهي إشـارات حسية مرئية يدوية، للحـروف الهجائية، بطريقة متفق عليها، وعلى سبيل المثال تمثل الحروف الأبجدية بإشـارات حسية متعارف عليها في كل الولايات المتحدة الأميركية حيث يمثل الشكل (١٦) ذلك. كما يمثل الشكل رقم (١٧) لغة الأصابع السويدية.



الشكل رقم (١٦)

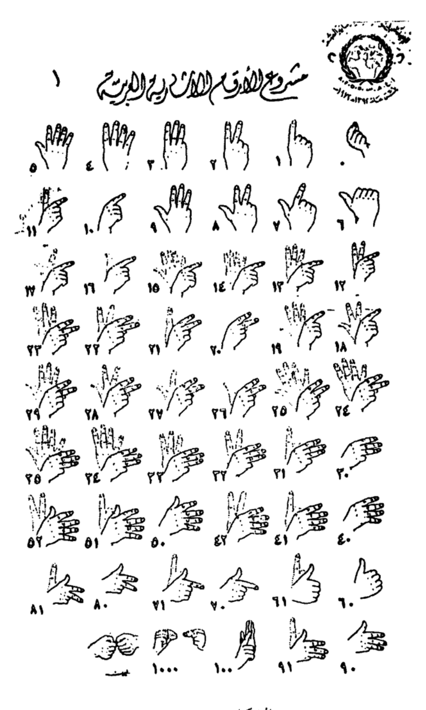
لغة الأصابع الأميركية، عن (Riekehof, 1976)



الشكل رقم (١٧)

لغة الأصابع السويدية

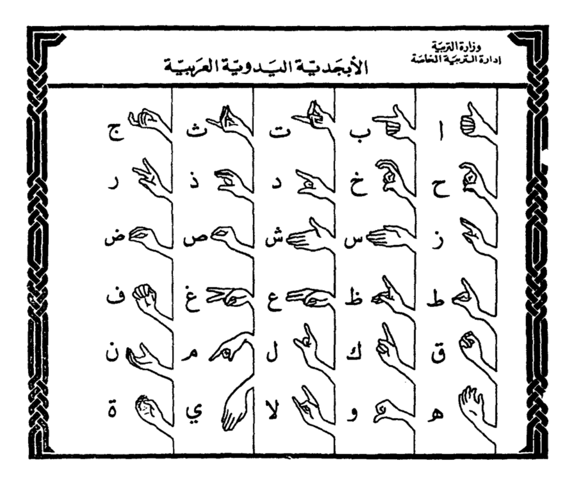
ومن السهل تعلم لغة الأصابع، حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة، بلغة الأصابع، ومع ذلك يمكن الجمع بين لغة الإشارة والأصابع معاً لتكوين جملة مفيدة ذات معنى. وفي البلاد العربية ظهرت مشروعات للغة الإشارة للصم، ففي المؤتمر الخامس للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم في الوطن العربي والمنعقدة في عمان (١٩٨٦) قدمت كل من الأردن والكويت وسوريا، وليبيا، مشروعات الأرقام الإشارية العربية، وقد تمت مناقشة تلك المشروعات ودرست ردود أفعال الدول العربية المشاركة في الاتحاد نحو تلك المشروعات وأخيراً قدم الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم مشروعاً هو مشروع الأرقام الإشارية العربية، ويمثل الشكل (١٨) ذلك المُشروع.



الشكل رقم (١٨)

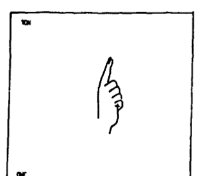
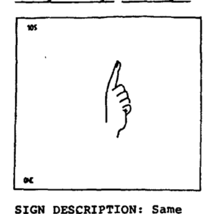
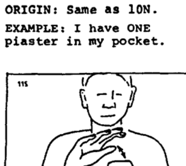
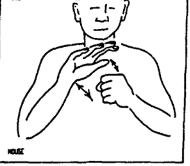
مشروع الأرقام الإشارية العربية، عن الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، دمشق، ١٩٨٦

وفي عام ١٩٨٤ وبناء على التوصيات للمؤتمر العربي الرابع للهيئات العاملة في رعاية الصم والمنعقد في دمشق، ١٩٨٢، فقد تضمن التقرير الثالث الصادر عن الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم عدداً من مشروعات الأبجدية العربية منها مشروع الأبجدية العربية السوري، ومشروع الأبجدية العربية الكويتي، ويوضح الشكل رقم (١٩) نموذج من تلك الإشارات الخاصة بالأبجدية العربية.



الشكل رقم (١٩)
نموذج من الأبجدية اليدوية العربية (الكويت)

وفي الأردن، قام كباتيلو (١٩٨٢) بدراسة ميدانية وصفية للغة الإشارة، وقد هدفت تلك الدراسة إلى وصف لغة الإشارة المستعملة من قبل الصم في الأردن، وقد شملت عينية الدراسة اثنان من الصم الأردنيين، وطُلب إلى كل منهما أن يقدما الإشارات الخاصة بالحروف الأبجدية العربية، وكذلك الإشارات الخاصة بحوالي مائة مفهوم من المفاهيم العامة المألوفة مثل: بيت، الله، يد، سيارات، هذا رأس، أب، شعر، يملك، سكوت، شجرة، ثلاثة، بنت . . . الخ. وقد صورت تلك الإشارات، وقد أشارت الدراسة إلى اتفاق أفراد الدراسة على الإشارات الخاصة بـ ٣٢٪ من الحروف الأبجدية، وعلى ٢٦٪ من الإشارات الخاصة بالمفاهيم العامة، كما أشارت الدراسة إلى مدى الثبات في تقيم الإشارات لدى الأصم الأكبر عمراً والذي كان بحوالي ٩٠٪، في حين أن معامل ثبات الإشارات لدى الأصم الأصغر عمراً كان ٨٠٪ ويمثل الشكل (٢٠) بعض الأمثلة من تلك الدراسة.

Older Subject's Signs	Concept	Younger Subject's Signs
	ONE	
SIGN DESCRIPTION: Hold up the right index finger with palm facing inward. ORIGIN: One finger represents the numeral ONE. EXAMPLE: We have ONE car.		SIGN DESCRIPTION: Same as 10N. ORIGIN: Same as 10N. EXAMPLE: I have ONE piaster in my pocket.
	HOUSE	
SIGN DESCRIPTION: Tap the side (the thumb side) of the left fist with the right palm several times. ORIGIN: Knocking the door of the house. EXAMPLE: We live in a HOUSE.		SIGN DESCRIPTION: Same as 11N. ORIGIN: Same as 11N. EXAMPLE: HOUSES like those.* *The subject pointed out some houses nearby.

الشكل رقم (٢٠)

نماذج من دراسة كباتيلو، عن رسالة الدكتوراة، كباتيلو (١٩٨٢)

كمـا قام عبـد القـادر (١٩٨٦) بدراسة مسحية حول استعمال لغة الإشارة لدى الأطفال الصم فوق سن التاسعة في مؤسسات الصم الأردنية على المدلولات الإشارية أو المعاني الإشارية لعدد من الكلمات التي تعبر عن بعض المفاهيم ممن لها ارتباط بالحياة اليومية، وعددها (١١٢) مفهوماً، وتألفت عينة الدراسة من ٢٥ مفحوصاً من الصم فوق سن التاسعة تم اختيارهم من المؤسسات العاملة في رعاية الصم في الأردن بمعدل خمسة أفـراد من كل مؤسسة، وقد تمت إجراءات الدراسة بحيث طلب إلى كل مفحوص أن يعطي الإشارة الخاصة بكل مفهوم بعد أن قدم له بطاقات من الورق المقوى، ثم صورت تلك الإشـارات وفرغت وصنفت وأشارت النتائج إلى النسب المئوية التالية للإشارات المتفق عليها، للمفاهيم التي شملتها الدراسة، من قبل عينية الدراسة الأفعال ٧٥٪، الجسم وأعضاؤه ٦٢,٥٪، المدرسة، ٥٠٪، الرياضة، ٥٠٪، الملابس ٥٠٪، الطعام ٣٠,٧٪. ويمثل الشكل (٢١) بعض الإشارات الدالة على بعض المفاهيم التي شملتها الدراسة، من قبل عينة الدراسة.

ومن الجدير بالذكر أن التلفزيون الأردني يبث نشرة إخباريّة أسبوعية بلغة الإشارة للصم، بإشراف الجمعيّة الوطنيّة للسمعيات في عمان.

كما قـامت شـويكي (١٩٩١) بإجـراء دراسـة بعنوان «دراسـة مـسحيـة للغة الإشـارة لـدى الـصـم الـكبـار في عـينة أردنيـة» وهدفت هذه الدراسـة إلى جمع لغـة الإشـارة للتـعـرف إلى الإشارات الشائعة والمتداولة والمستخدمة من قبل الصم الكبار، ممن هم فـوق سن السـادسـة عشرة في المجتـمع الأردني، واعـتماد الإشـارات الأكـثر شـيـوعـاً، والتي حـققت أعلى نسبة اتفاق بين المفحوصين، بحيث وصفت الإشارات وأعـدت في قـاموس إشاري موحد يخدم مجتمع الصم في الأردن.

تكونت عـينة الدراسـة من (٥٠) مفحوصاً من مجتمع الشباب والشابات الصم ممن هم فـوق سن السـادسـة عشرة، تم اختـيـارهم بطريقـة عـشوائية من مؤسسـات

الصم في الأردن (النوادي الرياضية، مراكز التأهيل والتدريب المهني/ الحكومي منها والأهلية، وروعي في الاختبار تمثيل الجنسين (ذكوراً وإناثاً) بحيث كانت نسبة الذكور (٨٠٪) ونسبة الإناث (٢٠٪) .

وللتعرف على الإشارات الشائعة والمتداولة لدى الصم الكبار، تم تحديد مفاهيم الدراسة وعددها (٥٢٠) بعداً لها ارتباط بالحياة اليومية من اجتماعية واقتصادية وتعليمية مفهوماً مثلت (٢٥) ، وفق عدد من الإجراءات. صنفت وبوّبت وتم ترتيبها بشكل متدرج حسب أهميتها ووضعت في قائمة، وكتب كل مفهوم من المفاهيم الواردة في الدراسة على بطاقة من الكرتون المقوى (٢٠ × ١٥سم) ، وتمت اجراءاتُ التطبيق، وذلك بأن صورت الإشارة المعبرة عن كل مفهوم من المفحوصين بآلة تصوير فيديو، بحيث أدخل كل مفحوص إلى غرفة التصوير منفرداً، وعرض عليه المفهوم المكتوب على البطاقة، ثم أعطي إشارة البدء بعمل الإشارة، والتقطت الصور، وكررت هذه العملية على جميع أفراد العينة حتى تم تصوير جميع الإشارات إلى أشرطة فيديو، وتم تفريغها وفرزها وتسجيل النتائج على جداول تبين عدد الأفراد المتفقين وعدد الأفراد المختلفين من أفراد العينة ونسبهم المئوية.

اعتمدت المفاهيم الإشارية الأكثر شيوعاً، والتي حققت أكبر نسبة مئوية من الإتفاق ثم رسمت هذه الإشارات ووصفت بلغة مفهومة تصف كل حركة من الحركات المعبرة عن المفهوم.

أشارت نتائج الدراسة إلى نسبة اتفاق عالية بين أفراد عينة الدراسة، إذ تراوحت أعلى نسبة للإتفاق على معظم المفاهيم الإشارية ما بين (٦٠٪ ـ ١٠٠٪) .

وأظهرت نتائج الدراسة اتفاقاً بين عينة الدراسة على معظم المفاهيم الإشارية في المحافظة الواحدة وبين المحافظات (ذكوراً وإناثاً) على المفاهيم التي شملتها

الدراسة، كما حازت المفاهيم المحسوسة على أكبر اتفاق بين أفراد العينة مقارنة بالمفاهيم المجردة بشكل عام.

في حين حققت المفاهيم المتعلقة بـ (أعضاء الجسم ، الأرقام ، الطعام والشراب ، الأيام ، الاتجاهات ، القارات ، أكبر نسبة من الإتفاق ، إذ تراوحت النسب بين (٨٤٪ ـ ١٠٠٪) .

وإن أكبر اختلاف في اعطاء الإشارات للمفاهيم الواردة في هذه الدراسة، والتي حازت على أقل نسبة مئوية، قد ظهرت بين أفراد العينة على المفاهيم المتعلقة بـ (المدن والقرى والفلسطينية) ، إذ بلغت (٦٠٪) وهي أقل نسب اتفاق بين أفراد عينة الدراسة.

ويوضح الشكل رقم (٢٢) أمثلة من لغة الإشارة لبعض المفاهيم والتي وردت في دراسة شويكي (١٩٩١) .

(١) أب : ـ



تتكون الإشارة من الخطوات التالية : ـ

(١) ـ تُفتَحُ راحة اليد اليمنى.

ـ يُضَمُّ الإبهام إلى الداخل.

ـ تُوضَعُ اليد بشكل مائل بين الشفة السفلى والذقن.

أو ـــــــــــــــــــــ

(٢) ـ تُضمُّ السبابة مع إبهام اليد اليمنى.

ـ توضع اليـد بجانب الشارب.

ـ تُـحـرّك اليد بشكل دائري باتجاه عقارب الساعة.



---

(٢) أم : ـ

وتتكون الإشـارة من الخطوتين التاليتين : ـ

ـ تُضمُّ راحة اليد اليمنى ما عدا السبابة.

ـ تُوضعُ مقدمة سبابة اليد اليمنى بين الشفتين.



الشكل رقم (٢٢)

أمثلة من لغة الإشارة من دراسة شويكي (١٩٩١)

الاشارات التي اعطيت لكل كلمة (مفهوم) من قبل العينة موزعة حسب المؤسسات

صور الاشارة | المؤسسات

صور الاشارة	الفئة/صور الاشارة التي اعطيت لكل كلمة	عمان	السلط	الرصيفة	ماحوز	اربد	المجموع
٦٠	الكلمة (المفهوم): أنا						
	أ ـ الاشارة بسبابة اليد اليمنى الى الصدر.	xxxx	xxx	xxxxx	xxxx	x	٩٧
	ب ـ وضع اليد اليمنى على الصدر.	x	xx			xxxx	
	جـ ـ وضع اليد اليمنى على الرأس.				x		
٦١	الكلمة (المفهوم) طائرة						
	أ ـ فتح كف اليد اليمنى مقلوبة ومدها في الهواء من الأسفل الى الاعلى بشكل تدريجي امام الجسم.	xxxxx		xxxxx	xxx	xxxx	١٧
	ب ـ رفع الابهام والخنصر واغلاق بقية الاصابع وتحريك اليد الى الامام ثم الى الاعلى		xxxxx				
	جـ ـ فتح اليدين جانبا وتميلهما				x	x	
	د ـ وضع الابهام على الوسطى والبنصر ورفع اليد الى أعلى				x		

الشكل رقم (٢١)

نماذج من دراسة عبد القادر، عن رسالة الماجستر، عبد القادر (١٩٨٦)

مهارة الاتصال الكلي:

لقد ظهرت هذه الطريقة في الاتصال بين الصم أو معهم نتيجة للانتقادات التي وجهت لكل من طريقة قراءة الشفاه، وطريقة التدريب السمعي، والذي يطلق عليها اسم الاتجاه الشفوي (Oral Approach) وطريقة لغة الإشارة وأبجدية الأصابع، والذي يطلق عليه اسم الاتجاه اليدوي/ العملي (Manual Approach).

وملخص تلك الانتقادات:

١ - صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة لغة الشفاه، إما بسبب سرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حوله حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.

٢ - صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة التدريب السمعي وذلك بسبب مدى القدرة السمعية المتبقية لدى الأصم، ومدى فعالية الوسائل السمعية لدى الأصم.

٣ - صعوبة نشر لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع بين كل الناس ويعني ذلك اعتماد فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع، وبسبب مثل تلك الانتقادات مجتمعة، ظهرت الطريقة الجديدة وهي الطريقة التي تجمع بين كل تلك الطرق في نفس الوقت، ففي هذه الطريقة يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وبسرعة عادية لحركة الشفتين، وفي الوقت نفسه، يعبر عما يتكلم بلغة الإشارة والأصابع معاً.

□□□□□

الفصل السادس

صعوبات التعلم

- مقدمـــــــة .
- تعريف صعوبات التعلم .
- نسبة صعوبات التعلم .
- مظاهر صعوبات التعلم .
- قياس وتشخيص صعوبات التعلم .
- الاعتبارات التربوية لذوي صعوبات التعلم .

الفصل السادس
صعوبات التعلم

مقدمـــــــة :

يعتبر موضوع صعوبات التعلم، من الموضوعات الجديدة نسبياً في ميدان التربية الخاصة، ففي العقد الأخير من هذا القرن بدأ الاهتمام بشكل واضح بنسبة لا تقل عن ٣٪ من الأطفال، والتي تعاني من شكل ما من أشكال صعوبات التعلم، أما فيما مضى أي خلال العقود الثلاث السابقة، فقد كان اهتمام التربية الخاصة منصباً على أشكال الإعاقات الأخرى، كالإعاقة العقلية، والسمعية، والبصرية، والحركية، ولكن وبسبب ظهور مجموعة من الأطفال السوية في نموها العقلي والسمعي والبصري والحركي، والتي تعاني من مشكلات تعليمية، بدأ المختصون في التركيز على هذا الجانب من التربية الخاصة بهدف التعرف إلى مظاهر صعوبات التعلم، وخاصة في الجوانب الأكاديمية والحركية، والانفعالية.

لقد أطلقت تسميات مختلفة على هذه الفئة من الأطفال التي تعاني من ظاهرة صعوبات التعلم (Sapir, 1973) مثل :

- الأطفال ذوي الإصابات الدماغية (Brain - Injured Children)
- الأطفال ذوي المشكلات الإدراكية (Children with Perceptual Handicaps)
- الأطفال ذوي الخلل الدماغي البسيط (Children with Minimal Brain Dysfunction)

ـ الأطفال العاجزين عن التعلم (Children with Learning Disabilities)

كما أطلق مصطلح الإعاقة الخفية (Hidden Handicapped) على هذه الفئة من الأطفال، ولقد تم الاتفاق بين أخصائي التربية الخاصة على أن مصطلح «صعوبات التعلم» أكثر المصطلحات قبولاً في ميدان التربية الخاصة.

يجمع موضوع صعوبات التعلم بين عدد من العلوم التي ساهمت في دراسته مثل علم النفس (Psychology) وعلم الأعصاب (Neurology) وعلم أمراض الكلام (Speech Pathology) والطب (Medicne) وعلم اللغة (Psycholingiustics) ، وعلم السمعيات (Audiology) وعلم البصريات (Optometry) وعلم الجينات (Genetics) والتربية الخاصة (Special Education) والتدريس العلاجي (Remidial Teching) .

ويبدو دور كل علم من العلوم السابقة في تفسير أسباب تلك الظاهرة وعلاجها، إذ يبدو دور المتخصصين في علم النفس في تطوير أساليب قياس وتشخيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وفي شرح دور نظريات التعلم وتعديل السلوك وتطبيقها في البرامج التربوية الخاصة بهم، أما دور المتخصصين في علوم الطب والأعصاب فيبدو في تفسير صعوبات التعلم من وجهة نظر طبية، وأما دور المتخصصين في علوم اللغة، والبصريات والسمعيات، فيبدو في توضيح المشكلات اللغوية المصاحبة لصعوبات التعلم، وفي تفسير الإدراك السمعي والبصري، أما دور التربية الخاصة فيبدو في وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة وخاصة ما يسمى بالتدريس العلاجي. وتذكر ليرنر (Learner, 1976) مجموعة من الأسماء والتي كانت تعاني من صعوبات التعلم، مثل عالم الرياضيات المشهور اينشتاين (Albert Einstein) وأديسون (Thomas Adison) والنحات الفرنسي المشهور رودن (Auguste Rodin) ورئيس الولايات المتحدة الأميركيّة الثامن والعشرين ويلسون(Woodrow W lson) وحاكم ولاية نيويورك السابق روكفلر (Nelson Rockefel-ler) وتتلخص مشكلات هؤلاء المشاهير في صعوبة القراءة والكتابة وتدني التحصيل الأكاديمي.

تعريف صعوبات التعلم :

تشير ليرنر (Learner, 1976) إلى عدد من التعريفات الخاصة بصعوبات التعلم والتي تركز على إبعاده المختلفة وهي :

١ ـ التعـريف الـطبي : يركز هذا التعريف على الأسباب العضوية لمظاهر صعوبات التعلم كما أشار إليها كروك شانك (Cruickshenk, 1967) ومايكل باست (Mykle-bust, 1967) والتي تمثلت في الخلل العصبي أو تلف الدماغ (Neurological Dysfunction or Brain Impairment) .

٢ ـ التعريف التربوي : يركز هذا التعريف على نمو القدرات العقلية بطريقة غير منتظمة (Uneven Growth Pattern Development) . كمـا يركـز على مظاهـر العجز الأكاديمي للطفل، كما يشير إليها كيرك (Kirk, 1962) والتي تتمثل في العجز عن تعلم اللغة والقراءة والكتابة والتهجئة، والتي لا تعود لأسباب عقلية أو حسية، وأخيراً يركز التعريف على التباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية للفرد.

تعريف الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين :

عرفت الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين (The National Advisery Committee on Hendicapped Children) سنـة (١٩٦٨) الأطفـال ذوي صعوبات التعلم، إنهم أولئك الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المكتوبة أو اللغة المنطوقة والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام، والقراءة والتهجئة والحساب والتي تعود إلى أسباب تتعلق بإصابة الدماغ البسيطة الوظيفية (Brain Injury, or Minimal Brain Dysfunction) ولكنها لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية، أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات، (Learner, 1976, P.10) .

نسبة صعوبات التعلم :

اختلفت الدراسات في تقديرها لنسبة طلبة المدارس الإبتدائية الذين يعانون من صعوبات التعلم إذ يعود ذلك إلى نوع التعريف المستخدم لصعوبة التعلم، ففي دراسة أجراها مايكل بست وبوشز (Myklebust & Boshes, 1969) في ولاية الينوى بالولايات المتحدة الأميركية حول نسبة الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفين الثالث والرابع من صفوف المرحلة الإبتدائية معتمدين على تعريفات صعوبات التعلم بالتباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية العامة، تبين أن ٧ ـ ٨٪ من أطفال المدارس الإبتدائية هم من الأطفال ذوي صعوبات التعلم (والبالغ عددهم ٢٨٠٠ طفلاً)، ومن نتائج الدراسة أيضاً أن نسبة ذوي صعوبات التعلم هي أعلى من نسب بقية الإعاقات الأخرى في المرحلة الإبتدائية حيث إن نسبة الإعاقة العقلية ٢,٣٪ ونسبة الإعاقة السمعية حوالي ٠,٦٪ ونسبة الإعاقة البصرية حوالي ٠,١٪ ونسبة ذوي الاضطرابات الانفعالية حوالي ٢٪ أما نسبة الموهوبين فقد قدرت بحوالي ٢٪ أيضاً (Learner, 1976, P.11) ومن الجدير بالذكر أن الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة فقد قدرت نسبة الأطفال ذوي صعوبات التعلم ممن هم في عمر المدرسة الإبتدائية بحوالي ١ ـ ٣٪ (Learner, 1976, P.11) .

مظاهر صعوبات التعلم :

تتعدد مظاهر صعوبات التعلم، فقد تبدو هذه المظاهر في المظاهر السلوكية أو البيولوجية أو اللغوية، ويعتبر الفرد عاجزاً عن التعلم إذا بدت عليه واحدة أو أكثر من المظاهر الرئيسية التالية :

أولاً ـ المظاهر السلوكية (Behavioral Aspects) :

أ ـ صعوبة الإدراك والتمييز بين الأشياء (Perceptual Disorders) :

ويقصد بذلك أنه يصعب على الطفل أن يميز بين الشكل (& Foreground

والأرضية لموقف ما، كما يصعب عليه أن يدرك الشكل أو المثير (Background) ككل فهو يرى على سبيل المثال الحرف أ على أنه ثلاثة أجزاء غير مترابطة، كما يصعب عليه أن يميز بين الصـورة الصحيحـة والمعكوسة للحروف أو الأرقام أو الأشكال، فهو يكتب حرف س هكذا ~~س~~ كما يكتب حرف الـ د هكذا ک، أما بالنسبة للأرقام فهو يكتب رقم ٣ هكذا ٣، ويكتب رقم ٤ هكذا 3 ويكتب الرقم ٢ على شكـل رقم ٦ والعكس صحيح، كمـا يكتب الرقم ١٠ هكذا ٠١، كما يصعب عليه أن يميز بين الأشكال الهندسية كالمثلث والمربع، كما يقوم بجمع العمليات الحسابية بالطريقة الآتية والتي تظهر في المثال التالي:

٤٧٥ + ٣٣٥ = ٧١٠١٠ (جبرين، ١٩٧٦)، وتوضح الأمثلة * ١، ٢، ٣، ٤، ٥، التـالية نماذج من كتابات طلبة في الصف الرابع والصف السادس الإبتدائي من مدينة عمان والتي تعبر عن مظاهر العجز عن التعلم في الكتابة (Dysgraphia):

[الصف الرابع]

[ذهب علي الى السوق واشترى تفاحا]

مثال رقم (١)

مثال رقم (٢)

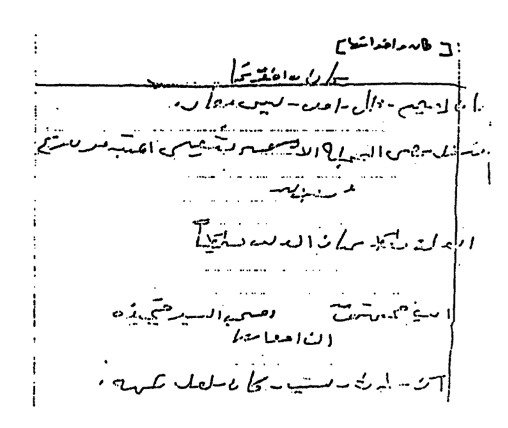
* جمع المؤلف هذه الأمثلة من طلبة في مدارس عمان.

زعموا ان ثعلبا جائعا فأتى على اجمة ، فوجد فيها حبلا معلقا على شجرة ، فاذا هبت الريح تحركت اغصان الشجرة فضربت الطبل فسمع له صوتا شديدا ، فلما سمع الثعلب صوته ذهب نحوه .. الخ

مثال رقم (٣)

[معركة حطين]

مثال رقم (٤)



مثال رقم (٥)

ب ـ الاستمرار في النشاط دون توقف (Perseveration) :

ويعني ذلك أن يستمر الطفل في النشاط المطلوب منه دون أن يدرك نهايته فإذا طلب منه أن يكتب الأرقام ١ ، ٢ ، ٣، على صفحة من صفحات كراسته، فإنه يستمر في ذلك حتى بعد نهاية الصفحة وقد يستمر في ذلك على المقعد الذي يكتب عليه، وهكذا بالنسبة لبقية الأنشطة.

جـ ـ اضطراب المفاهيم (Conceptual Disorders) :

ويبدو ذلك في صعوبة التمييز بين المفاهيم المتجانسة أو المتقاربة مثل مفهومي ملح وسكر، أو التمييز بين أيام الأسبوع أو الأطوال أو الاتجاهات أو الأشكال الهندسية.

د ـ اضطراب السلوك الحركي والسلوك الزائد (Motor Disorders & Hyperactivity):

ويقصد بذلك أن يظهر الطفل اضطراباً في التوازن الحركي أو المشي أو صعوبة البقاء في مكان واحد وصعوبة في القبض على الأشياء بالطريقة المألوفة عند الأطفال العاديين الذين يماثلونه في العمر الزمني كما قد يتصف الطفل بالنشاط الزائد والعدوانية أحياناً وسرعة الانفعال والانفجار (Kauffman, 1978) .

ثانياً ـ المظاهر العصبية (البيولوجية) (Biological Aspects) :

١ ـ الإشارات العصبية الخفيفة (Slight Neurological Signs) ويبدو ذلك في ظهور بعض الإشارات العصبية التي قد تشير إلى حالة من حالات صعوبات التعلم، وتبدو هذه الإشارات العصبية في مظاهر المهارات الحركية الدقيقة.

٢ ـ الاضطرابات العصبية المزمنة والتي تعود إلى إصابة الدماغ وتحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

٣ ـ خلو عائلة الفرد من الإعاقة العقلية: ويعني ذلك أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم من الأطفال العاديين غير المعوقين عقلياً كما أن تاريخهم الأسري لا يشير إلى ظهور حالات الإعاقة العقلية لديهم أو لدى أسرهم (Learner, 1976) .

ثالثاً ـ المظاهر اللغوية (Language Aspects) :

قد تعتبر الاضطرابات اللغوية أكثر المظاهر وضوحاً واهتماماً من قبل الباحثين في ميدان صعوبات التعلم، فقد صنف لي (Lee, 1974) مظاهر الاضطرابات اللغوية التي تقع ضمن ميدان العجز عن التعلم، وأهمها: الديسلكسيا (Dyslexia) أو صعوبة القراءة، والكتابة، وتعتبر الديسلكسيا من الموضوعات البارزة والمميزة لمظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي صعوبات التعلم وتسمى الديسلكسيا أحياناً بضعف القدرة على القراءة (Poor Reading) وهي من الموضوعات التي نالت الكثير من الاهتمام والبحث منذ عام ١٨٩٦ على يد مورجان (Morgan, 1896) وحتى عام ١٩٦٧ على يد جون مايكل بست (Myklebust, 1967)، فعلى مدار السبعين سنة الماضية نشر أكثر من

٢٠,٠٠٠ من الكتب والمجلات والأوراق الكثيرة عن هذا الموضوع، وأجمعت هذه التقارير على نوع من السلوك النمطي لدى الأطفال الذين يواجهون صعوبة في القراءة أو الكتابة (Dyslexic Children) ولكن هذه التقارير اختلفت في الأسباب الكامنة وراء أعراض الديسلكسيا تلك، فقد اختلفت الأسباب باختلاف الباحثين في هذا الموضوع من علماء تربية، وعلماء نفس وأطباء . . . الخ. وعلى ذلك فتعتبر المظاهر التالية، والتي أشار إليها الباحثون على اختلاف أنواعهم من أعراض الديسلكسيا:

١ - صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب تتمثل في ضعف قدرة الطفل على تكوين التتابع الصحيح للمهارات القرائية.

٢ - صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب طبية تتمثل في الخلل الوظيفي للدماغ.

٣ - صعوبة في القدرة على الكتابة والتي تسمى باسم (Dysgraphia) والتي تعود إلى أسباب تتعلق بالقدرة الحركية الدقيقة، ونقل المادة المنظورة إلى مادة حركية مكتوبة، أو إلى عجز في التآزر البصري الحركي أو إلى عجز القدرة على إدراك الرموز.

٤ - تأخر ظهور الكلام (Language Delay): ويقصد بذلك تأخر وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل الذي يتصف بصعوبات التعلم حتى سن الثالثة، مع العلم أن وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل العادي هو عمر السنة الأولى، وتجب الملاحظة هنا إلى أن تأخر ظهور الكلمة الأولى قد يكون عرضاً لحالات أخرى من الإعاقة كالإعاقة العقلية أو السمعية.

٥ - سوء تنظيم وتركيب الكلام (Language Deficit): ويقصد بذلك أن يتحدث الطفل بجمل غير مفيدة، كما قد يستخدم الكلمات والأفعال في الأماكن غير المناسبة لها فقد يضع الفعل مكان الفاعل أو المفعول به وقد يؤخر حروف الجر وهكذا.

٦ ـ فقدان القدرة المكتسبة على الكلام (Acquired Aphasia) : ويقصد بذلك فقدان القدرة على الكلام بعد تعلم اللغة وذلك بسبب إصابة الدماغ الوظيفية (Minimal Brain Dysfunction) . حيث أشارت إلى ذلك كلاً من ليرنر ونتزبرغ (Learner, 1976 & Nitzbury, 1973) .

• أسباب صعوبات التعلم :

تعتبر عملية التعرف إلى الأسباب المتعلقة بصعوبات التعلم، عملية صعبة ولكن الباحثين في ذلك الميدان يقسمون تلك الأسباب إلى مجموعة من الأسباب قد تتمثل في إصابات الدماغ (Brain Injury) أو في الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturban-ce) أو في نقص الخبرة (Lack of Experience) كما أشار إلى ذلك كيفارت (Kephart, 1967) أما سابير ونتزبرغ (Sapir & Nitzburg, 1973) فيقسمان أسباب صعوبات التعلم إلى مجموعات من العوامل تتمثل في العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية النفسية والعوامل العصبية، ويمكن تلخيص أسباب صعوبات التعلم بناء على ذلك إلى ما يلي :

١ ـ العوامل العضوية والبيولوجية (Organic & Biological Factors) :

يشير الأطباء إلى أهمية الأسباب البيولوجية لظاهرة صعوبات التعلم إذ تعتبر إصابة الدماغ من الأسباب الرئيسية من وجهة النظر الطبية لظاهرة صعوبات التعلم، وتحدث إصابة الدماغ هذه والتي تعني التلف في عصب الخلايا الدماغية إلى عدد من العوامل البيولوجية أهمها التهاب السحايا، والتسمم أو التهاب الخلايا الدماغية والحصبة الألمانية ونقص الأوكسجين أو صعوبات الولادة، أو الولادة المبكرة، أو تعاطي العقاقير، ولهذا يعتقد الأطباء أن هذه الأسباب قد تؤدي إلى إصابة الخلايا الدماغية، ومن هنا ظهرت المصطلحات الطبية التي تدل على الأساس البيولوجي لموضوع صعوبات التعلم مثل إصابة الدماغ (Brain - Injury) أو إصابة الدماغ البسيطة الوظيفية (Sapir et al, 1973) (Minimally Brain Dysfuntion) (Bush & Wangh, 1976) .

٢ ـ العوامل الجينية (Gentic Factors) :

تشير الدراسات الحديثة في موضوع أسباب صعوبات التعلم إلى أثر العوامل الجينية الوراثية فقد أشار اون (Owen, 1971) في دراسة حالات التوائم إلى انتشار ظاهرة صعوبات التعلم بين عائلات معينة (Kauffman, 1978) .

٣ ـ العوامل البيئية (Enviornmental Factors) :

تعتبر العوامل البيئية من العوامل المساعدة في موضوع أسباب صعوبات التعلم ويشير كروكشناك وهلاهان (Cruickshank, 1967 & Hallahan, 1978) إلى بعض الأسباب البيئية المتمثلة في نقص الخبرات التعليمية وسوء التغذية ، أو سوء الحالة الطبية أو قلة التدريب، أو إجبار الطفل على الكتابة بيد معينة . أما بش ووانك (Bush & Wangh, 1976) فيركزان على نقص الخبرت البيئية والحرمان من المثيرات البيئية المناسبة ، إلا أن كروكشناك يعتبر العوامل البيئية من العوامل غير المؤكدة عند الحديث عن أسباب صعوبات التعلم .

أما بش ووانك (Bush & Wangh, 1976, P.38) فيقسمان أسباب صعوبات التعلم إلى أربع مراحل متدرجة زمنياً وهي :

المرحلة الأولى : مرحلة الأسباب الأولية ، وتتضمن الأسباب الخِلقية ، والأسباب المكتسبة .

المرحلة الثانية : مرحلة إصابة الدماغ نتيجة لأسباب المرحلة الأولى وللأسباب الكيميائية والأسباب الانفعالية ، والأسباب المتعلقة بعوامل النضج وأخيراً الأسباب المتعلقة بعوامل الخبرة .

المرحلة الثالثة : مرحلة الخلل الوظيفي في الإدراك وتكوين المفاهيم والتذكر ، نتيجة لأسباب المرحلة الأولى والثانية .

المرحلة الرابعة: مرحلة الخلل الوظيفي في الإدراك وتكوين المفاهيم والتذكر، نتيجة لأسباب المرحلة الأولى والثانية.

المرحلة الخامسة: مرحلة نتائج الخلل الوظيفي في الإدارك وتكوين المفاهيم والتذكر والتي تبدو في الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية والإدراكية الخاصة بالتعلم.

قياس صعوبات التعلم وتشخيصها:

يتم تحويل الأطفال الذين يشك بأنهم يعانون من صعوبات التعلم إلى أخصائي في قياس حالات صعوبات التعلم وتشخيصها، وغالباً ما يتم التحويل من قبل الآباء أو المدرسة أو الطبيب، أو ممن لهم علاقة بذلك، وتهدف عملية قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها إلى تحديد تلك المظاهر والتعرف على أسبابها ومن ثم وضع البرامج العلاجية المناسبة لها (Kirk, 1972)، وعلى ذلك فعلى الأخصائي في قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها أن يتبع الخطوات التالية:

١ - إعداد تقرير عن حالة الطفل العقلية وذلك بواسطة اختبارات الذكاء العامة المعروفة، والأكاديمية ويتم ذلك من خلال التعرف إلى مدى التباين بين التحصيل الأكاديمي المتوقع والحالي عند الطفل (راجع طرائق حساب التباين بين التحصيل الأكاديمي والمتوقع ص١٨٠).

٢ - إعداد تقرير عن مهارات الطفل في القراءة والكتابة، ويتم ذلك من خلال الملاحظات المنظمة لمهارات القراءة والكتابة (راجع ص، ١٦٦) من قبل المدرسة واستعمال المقاييس المسحية السريعة، والمقننة.

٣ - إعداد تقرير عن عملية التعلم لدى الطفل، وخاصة جوانب القوة في تعلمه وكذلك الضعف، وعلى ذلك يمكن طرح أسئلة من النوع التالي: هل تتمثل مشكلة الطفل في استقبال المعلومات؟ هل تتمثل مشكلة الطفل في عملية فهم المعلومات أو ربطها معاً؟ ويمكن الحصول على معلومات عن تلك الجوانب بواسطة المقاييس المسحية السريعة، أو بواسطة المقاييس المقننة.

٤ ـ البحث عن أسباب صعوبة تعلم الطفل، ويقصد بذلك البحث عن الأسباب المسكنة لمظاهر صعوبات التعلم لدى الطفل، كدراسة العوامل الفيزيولوجيّة والانفعالية والنفسية والبيئة، ويمكن الحصول على المعلومات الخاصة بتلك الحوانب بواسطة طرائق الملاحظة غير المقصودة، ودراسة الحالة والمقاييس المقننة.

٥ ـ وضع الفرضيات التشخيصية المناسبة على ضوء جمع المعلومات الخاصة بالحالة.

٦ ـ تطوير خطة تدريسية على ضوء الفرضيات التشخيصية ويقصد بذلك تحديد الأهداف التعليمية والمواد التعليمية المناسبة وطرائق تدريسها (Learner, 1976).

أدوات قياس صعوبات التعلم وتشخيصها:

يتم قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها بعدد من الأدوات ذات العلاقة وتصنف تلك الأدوات على النحو التالي:

١ ـ الأدوات الخاصة بالمقابلة ودراسة تاريخ الحالة.

٢ ـ الأدوات الخاصة بالاختبارات المسحية السريعة.

٣ ـ الأدوات الخاصة بالاختبارات المسحية السريعة.

٤ ـ الأدوات الخاصة بالاختبارات المقننة.

وفيما يلي وصف لتلك الأدوات:

طريقة دراسة الحالة:

تعتبر هذه الطريقة واحدة من الطرائق الرئيسية في التعرف إلى مظاهر صعوبات التعلم وتزود هذه الطريقة الإخصائي بمعلومات جديدة عن نمو الطفل، وخاصة فيما يتعلق بمراحل العمر والميلاد، والوقت الذي ظهرت فيه مظاهر النمو الرئيسية الحركية كالجلوس والوقوف والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والأمراض التي أصابت الطفل وتصنف الأسئلة المتعلقة بدراسة الحالة كما تشير إليها ليرنر (Learner, 1976) كما يلي:

١ ـ الأسئلة المتعلقة بخلفية الطفل العامة وحالته الصحية.

٢ ـ الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل الجسمي.

٣ ـ الأسئلة المتعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.

٤ ـ الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.

٥ ـ الأسئلة المتعلقة بالنمو الاجتماعي والشخصي.

الملاحظة الاكلينيكيّة:

تفيد الملاحظة الاكلينيكية في جمع المعلومات عن مظاهر صعوبات التعلم لدى الطفل، والتي يتم تأكيدها فيما بعد بالاختبارات المقننة المناسبة وتستخدم الملاحظة الاكلنيكية للتعرف إلى المشكلات اللغوية، والمشكلات المتعلقة بالمهارات السمعية أو البصرية، وتعتبر المظاهر الآتية من المظاهر الرئيسية لحالات التعلم والتي يتم التعرف إليها بالملاحظات الاكلينيكية أو التقديرات المتدرجة (Rating Scales) وهي:

١ ـ مظاهر الإدراك السمعي والتي تتضمن القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والقدرة على استيعاب النقاش الصفي، والقدرة على التذكر السمعي، والقدرة على فهم المعنى الكلي.

٢ ـ مظاهر اللغة المنطوقة، والتي تتضمن القدرة على التعبير اللفظي الصحيح والقدرة على النطق والقدرة على تذكر الكلمات، والقدرة على ربط الخبرات ببعضها والقدرة على تكوين الأفكار.

٣ ـ مظاهر التعرف إلى ما يحيط بالطفل، والتي تتضمن مدى قدرة الطفل على الاستفادة من الظروف البيئية، ومعرفة ما يحيط به والقدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء، والقدرة على اتباع التعليمات.

٤ ـ مظاهر الخصائص السلوكية وتتضمن مدى قدرة الطفل على التعاون، والانتباه والإدراك والتمييز والتعامل مع المواقف الجديدة، والتوافق الاجتماعي وتحمل

المسؤولية، وإنجاز المهمات الموكلة إليه.

٥ - مظاهر النمو الحركي، وتتضمن مدى قدرة الطفل على التآزر الحركي العام والتوازن الحركي العام، والقدرة على التعامل مع الأشياء المحيطة بالفرد حركياً.

الاختبارات المسحية السريعة:

تسمى هذه الاختبارات بالاختبارات المسحية السريعة، وذلك لأنها تهدف إلى التعرف السريع إلى مشكلات الطفل المتعلقة بصعوبات التعلم، وهذه الاختبارات هي:

١ - اختبار القراءة المسحي (Informal Reading Inventory):

والذي يتم بواسطته التعرف إلى مهارات القراءة ومستوياتها، وأنواع الأخطاء القرائية، وطرائق مواجهة الطفل لها.

٢ - اختبار التمييز القرائي (Informal Graded Word-Recognition Test):

ويهدف هذا الاختبار التعرف إلى قدرة الطفل على التمييز بين بعض المفردات المنتقاة من كتب الصف الثالث والرابع الإبتدائي، وتتضمن عملية التمييز تلك كيفية استجابة الطفل للطرائق المختلفة في تعلم القراءة وخاصة تلك الطرائق التي تعتمد على الاتصال البصري والسمعي أو النطقي.

٣ - اختبار القدرة العددية (Informal Arithmetic Test):

ويهدف هذا الاختبار التعرف إلى مدى قدرة الطفل في التعامل مع الأرقام وخاصة العمليات الأساسية الأربعة وهي الجمع والطرح والضرب والقسمة.

الاختبارات المقننة:

تقدم الاختبارات المقننة تقييماً لمستوى الأداء الحالي لمظاهر صعوبات التعلم كما تحدد تلك الاختبارات البرنامج العلاجي المناسب لجوانب الضعف التي تم تقييمها وهي:

اختبارات القدرة العقلية :

يهـدف استخدام اختبارات القدرة العقلية العامة، مثل مقياس ستانفورد بينية أو وكسلر إلى تحديد مدى الكفاية العقلية للطفل، إذ يعتبر تحديد القدرة العقلية للطفل المعيار الأول في تشخيص مظاهر صعوبات التعلم للطفل (راجع التعريفات الخاصة بصعوبات التعلمص١٦٥) فإذا أثبتت اختبارات الذكاء أن القدرة العقلية للطفل تقع ضمن حدود الاعتـدال، أي ما بين نسبة ذكاء ٨٥ إلى ١١٥، وأظهر الطفل في الوقت نفسه قصوراً واضحاً في التحصيل الأكاديمي، فإن ذلك يكون مؤشراً أولياً على وجود حالة من حالات صعوبات التعلم (Compton, 1980 & Learner, 1976) .

اختبارات التكيف الاجتماعي :

يهـدف استخـدام اختبـارات التكيف الاجتماعي إلى التعرف إلى مظاهر النمو والتكيف الاجتماعي للطفل وذلك للكشف عن المظاهر السلبية في تكيفه الاجتماعي، ومن الأمثلة على تلك الاختبارات : اختبار فينلاند للنضج الاجتماعي(Vineland Social Maturity Scale) واختبار الجمعية الأميركية للتخلف العقلي والخاص بالسلوك التكيفي (The American Association on Mental Retardation,The Adaptive Behavior Scale) (MacMilian, 1977) .

اختبار الينوى للقدرات السيكولغوية :

يعتبر اختبار الينوى للقدرات السيكولغوية (Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, ITPA) من الاختبارات المعروفة في ميدان صعوبات التعلم، إذ يستخدم هذا الاختبار في قياس المظاهر المختلفة لصعوبات التعلم وتشخيصها.

صمم هذا الاختبار من قبل كيرك وآخرين (Kirk, MacCarthy, 1968) ويصلح **للفئات العمرية من ٢ ـ ١٠ سنوات أما الوقت اللازم لتطبيق المقياس فهو ساعة ونصف وأما المدة اللازمة لتصحيحه فهي من ٣٠ ـ ٤٠ دقيقة.**

يتكـون هذا المقياس من ١٢ اختبـاراً فرعياً تغـطي طرائق الاتصـال ومستوياتها والعمليات النفسية العقلية، والاختبارات هي :

١ ـ اختبار الاستقبال السمعي	(Auditory Reception Test)
٢ ـ اختبار الاستقبال البصري	(Visual Reception Test)
٣ ـ اختبار الترابط السمعي	(Auditory Association Test)
٤ ـ اختبار الترابط البصري	(Visual Association Test)
٥ ـ اختبار التعبير اللفظي	(Verbal Expression Test)
٦ ـ اختبار التعبير الإشاري	(Manual Expression Test)
٧ ـ اختبار تكملة الجمل (من حيث القواعد والمعنى)	(Grammatic Glosure Test)
٨ ـ اختبار الإكمال السمعي	(Auditory Closure Test)
٩ ـ اختبار التركيب الصوتي	(Sound Blending Test)
١٠ ـ اختبار الإكمال البصري	(Visual Closure Test)
١١ ـ اختبار التذكر السمعي المتسلسل	(Auditory Sequential Memory Test)
١٢ ـ اختبار التذكر البصري المتسلسل	(Visual Sequential Memory Test)

وتوضح الأمثلة التالية نماذج من اختبار الينوى للقدرات السيكولغوية (Learner, 1976 & Compton, 1980) :

١ ـ هل تأكل الكلاب؟
٢ ـ أنا أجلس على الكرسي، بينما أنام على . . . . . .
٣ ـ ماذا تفعل عندما يعرض عليك آلة موسيقية مثل . . . . . . ؟
٤ ـ هذا ولد. هذا . . . . . .
٥ ـ ما هي الحروف المحذوفة في الكلمة التالية: طيا ة؟

وقد ظهرت صورة أردنية معدلة من هذا المقياس في عام (١٩٩١) حيث عملت الباحثة سالم على تطوير صورة أردنية من هذا المقياس، حيث توفرت فيه

دلالات صدق وثبات مقبولة تبرر استخدامه في البيئة الأردنية.

وقد هدفت تلك الدراسة إلى تشخيص القدرات النفس لغوية للطلبة ذوي الصعوبات التعليمية اللغوية في المرحلة الابتدائية في منطقة عمان الكبرى باستخدام اختبار الينوي للقدرات النفس لغوية في صورته الأردنية.

وقد حاولت الدراسة الاجابة عن السؤالين التاليين : ـ

السؤال الأول : ـ

هل تميز الصورة الأردنية المعدلة لاختبار الينوي للقدرات النفس لغوية بين الطلبة العاديين (الذين لا يعانون من صعوبات في التعلم) وذوي صعوبات التعلم ؟

السؤال الثاني : ـ

هل توجد فروق ذات دالة احصائية (عند مستوى دلالة α = ٠,٠٥) بين القدرات النفس لغوية للطلبة ذوي صعوبات التعلم في الفئات العمرية من (٩ ـ ١٠) و (١٠ ـ ١١) سنة على الصورة الأردنية المعدلة لاختبار الينوي للقدرات النفس لغوية في الاختبارات الاثني عشر ؟

وشملت عينة الدراسة (١٠٠) طالباً وطالبة موزعين في عينتين : ـ

العينة الأولى وعدد أفرادها (٥٠) طالباً وطالبة (٢٥) عاديون لا يعانون من صعوبات في التعلم، (٢٥) من ذوي صعوبات التعلم للفئة العمرية من (٩ ـ ١٠) سنوات من طلبة الصف الثالث والرابع الابتدائي لاستخدامها في صدق وثبات الصورة الأردنية المعدلة لاختبار الينوي للقدرات النفس لغوية، أما العينة الرئيسة للدراسات فعدد أفرادها (٥٠) طالباً وطالبة من ذوي صعوبات التعلم (٢٥) من عمر (٩ ـ ١٠) ، (٢٥) من عمر (١٠ ـ ١١) من طلبة الصف الرابع الابتدائي .

وقامت الباحثة باعداد صورة أردنية معدلة لاختبار الينوي للقدرات النفس لغوية واستمارة خصائص الطلبة ذوي صعوبات التعلم لاستخدامها كأدوات في الدراسة.

وتوصلت الباحثة إلى دلالات على صدق الصورة الأردنية المعدلة لاختبار الينوي من خلال تطبيق الاختبار على العينة الأولى وعدد أفرادها (٥٠) طالباً وطالبة (٢٥) عاديون لا يعانون من صعوبات في التعلم، (٢٥) من ذوي صعوبات التعلم من عمر (٩ ـ ١٠) سنوات، واستخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي.

وأشرت النتائج إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية (عند مستوى دلالة α = ٠,٠٠٠١) بين أداء الطلبة العاديين الذين لا يعانون من صعوبات في التعلم وذوي صعوبات التعلم على كافة الاختبارات الفرعية الاثني عشر، وهذا يعني أن هناك فروقاً بين القدرات النفس لغوية بين الطلبة العاديين (الذين لا يعانون من صعوبات التعلم) وذوي صعوبات التعلم، وإن الصعوبة في التعلم لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم هي كافة القدرات النفس لغوية.

كما أكدت النتائج تمتع اختبار الينوي للقدرات النفس لغوية بدرجة عالية من الصدق التمييزي مما يجعله أداة تشخيصية مناسبة.

كما تم حساب معامل الثبات الداخلي ـ الاتساق الداخلي ـ للاختبار ككل باستخدام معادلة كرونباخ ـ ألفا وبلغ معامل الثبات الداخلي للاختبار (٠,٩٥) .

وللتعرف على الفروق في القدرات النفس لغوية بين الطلبة ذوي صعوبات التعلم باختلاف مستويات العمر من (٩ ـ ١٠) ، (١٠ ـ ١١) قامت الباحثة باستخدام أسلوب تحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures Design) ، وأشارت النتائج أن للعمر أثراً ذا دلالة احصائية (عند مستوى α = ٠,٠٠٠١) على الاختبارات الفرعية الاثني عشر، ولتحديد أي هذه الاختبارات

يتأثر بمتغير العمر استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي، وأشارات النتائج إن الاختبارات التالية (اختبار الاستقبال السمعي، اختبار الترابط السمعي، اختبار التذكر السمعي المتسلسل، اختبار الاكمال القواعدي) يتأثر الأداء عليها حسب متغير العمر عند مستوى دلالة α = ٠,٠٥ .

كما أكدت الباحثة ضرورة استراتيجية تربوية علاجية للطلبة ذوي صعوبات التعلم تقوم على إعداد خطط تربوية فردية تستهدف تدريب القدرات النفس لغوية التي أظهر الاختبار فيها عجزاً واضحاً لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

اختبار مايكل بست للتعرف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم:

أعد مايكل بست (Mykle bust, Helmer, 1969) اختباراً يسمى: اختبار تقييم الطالب (Pupil Rating Scale) للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم، ويتكون هذا الاختبار من ٢٤ فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي:

١ ـ الاستيعاب.
٢ ـ اللغة.
٣ ـ المعرفة العامة.
٤ ـ التناسق الحركي.
٥ ـ السلوك الشخصي والاجتماعي.

ويتكون كل بعد من مجموعة من الأبعاد الفرعية، وقد تم تطوير صورة أردنية من ذلك المقياس تتوفر فيه دلالات صدق وثبات مقبولة (سالم، ١٩٨٨). وقد شملت عملية التطوير عدداً من الخطوات منها ترجمة فقرات المقياس وإعداد صورة أولية من المقياس ثم عرضها على عدد من المحكمين، وتطبيق الصورة الأردنية المعدلة من المقياس على عينة مؤلفة من ٤٣٢ طالباً من طلبة المدارس الابتدائية في مدينة عمان، ثم عولجت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق واستخرجت دلالات صدق المقياس وثباته.

كما قامت الباحثة النجداوي (١٩٩٥) تطوير صورة أردنية من مقياس الكشف عن الخصائص السلوكية للأطفال ذوي صعوبات التعلم على عينة مؤلفة من (٢٠٠) مفحوصاً وقد توفرت للمقياس في صورته الأردنية دلالات صدق وثبات مقبولة.

طرائق حساب التباين بين التحصيل الأكاديمي المتوقع والحالي للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

ركزت معظم تعاريف صعوبات التعلم على التباين بين التحصيل الأكاديمي الحالي للطفل وبين التحصيل الأكاديمي المتوقع منه، كمظهر رئيسي لحالات صعوبات التعلم، إن قياس مدى هذا التباين ليس أمراً سهلاً إذ قد يصعب معرفة مستوى التحصيل الأكاديمي الحالي والماضي للطفل، كما قد يصعب تقدير مستوى التحصيل الأكاديمي المتوقع منه على ضوء قدراته العقلية المقاسة باختبارات الذكاء، وأخيراً فقد يصعب تقرير مدى ذلك التباين لاعتباره مظهراً من مظاهر العجز عن التعلم.

وبالرغم من الصعوبات السابقة المشار إليها فقد ظهرت بعض الطرائق التي تقيس ذلك التباين بين التحصيل الأكاديمي الحالي والتحصيل الأكاديمي المتوقع من الطفل وتجمل ليرنر (Learner, 1976) هذه الطرائق كما يلي:

طريقة العمر العقلي الصفي (Mental Grade Method):

تعتبر هذه الطريقة من أبسط الطرق في حساب مدى التباين بين قدرة الطفل المتوقعة على القراءة وبين قدرته الحالية على القراءة، وتستخدم هذه الطريقة العمر العقلي الحالي للطفل مطروحاً منه ٥ سنوات عقلية، وعلى ضوء ذلك تصاغ المعادلة بالطريقة الآتية: صف القراءة المتوقع = العمر العقلي - ٥، ويمكن توضيح ذلك بالمثال التالي: إذا كان عمر س الزمني عشر سنوات، ونسبة ذكائه ١٢٠، فباستخدام المعادلة السابقة يصبح صف القراءة المتوقع هو صف الأول الإعدادي (٧ = ١٢ - ٥) فإذا قرأ س في مستوى الصف الرابع الابتدائي فقط، فإن ذلك يعني أن مدى التباين في القراءة هو ٣ سنوات.

طريقة عدد السنوات التي أمضاها الطفل في المدرسة (Years In School Method) :

أتت هذه الطريقة لتغطي عدد السنوات التي أمضاها الطفل في المدرسة في حساب مدى التباين في القراءة، والتي أغفلتها طريقة العمر العقلي الصفي السابقة، وفي هذه الطريقة يحسب صف القراءة المتوقع (Reading Expectancy Grade, REG) بالمعادلة الآتية:

صف القراءة المتوقع = عدد السنوات التي أمضاها الطفل في المدرسة × نسبة الذكاء + ١

ويوضح المثال التالي كيفية حساب صف القراءة المتوقع، فإذا كان عمر س ١٢ سنة وهو الآن في الصف الخامس الإبتدائي (أي أنه أمضى في المدرسة حتى الآن أربع سنوات ونصف) ونسبة ذكائه ١٢٠، فإن صف القراءة المتوقع منه هو:

(٤,٥ × ١٢٠ ÷ ١٠٠) + ١ = ٦,٤

ويعني ذلك أن صف القراءة المتوقع من س هو الصف السادس الإبتدائي فإذا كان س يقرأ في مستوى الصف الرابع الإبتدائي، فإن ذلك يعني أن مدى التباين هو ٢,٤ سنة.

طريقة نسبة التعلم (Learning Quotient Method) :

يقترح مايكل بست (Mykelbust, 1968) طريقة أخرى لحساب نسبة التباين وذلك باستخدام طريقة نسبة التعلم، وفي هذه الطريقة تؤخذ في الحساب ثلاثة متغيرات هي العمر العقلي والعمر الزمني والعمر الصفي، وبذا يحسب عمر القراءة المتوقع بالطريقة الآتية:

عمر القراءة المتوقع = (العمر العقلي + العمر الزمني + العمر الصفي) ÷ ٣

أمـا نسبـة التعلم فتحسب على أساس النسبة بين مستوى التحصيل الأكاديمي الحالي (العمر الصفي) ومستوى التحصيل الأكاديمي المتوقع، مضافاً إليه ٥,٢ سنة، وذلك باستخدام المعادلة التالية:

نسبـة التعلم = (مستـوى التحصيل الأكاديمي الحالي ÷ مستوى التحصيل الأكاديمي المتوقع) × ١٠٠

فإذا كانت نسبة التعلم أقل من ٨٩ فإن ذلك يعتبر مؤشراً على وجود حالة من حالات العجز عن التعلم، والمثال التالي يوضح ذلك، فإذا كان عمر س ١٠ سنوات، وهو في الصف الخامس الإبتدائي ودرجة ذكائه ١٢٠، ودرجة تحصيله الأكاديمي ٤,٠ والتي تعني أن عمره التحصيلي ٩,٢ (٤,٠ + ٥,٢)، فإن نسبة التعلم هي: ٩,٢ ÷ ١٠,٩ = ٠,٨٤ وقد حسب مستوى التحصيل الأكاديمي المتوقع منه، بالمعادلة الآتية:

(١٢ + ١٠ + ١٠,٧) ÷ ٣ = ١٠,٩

الاعتبارات التربوية لذوي صعوبات التعلم:

يقصد بالاعتبارات التربوية لذوي صعوبات التعلم، طرائق تنظيم برامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومن هذه الطرائق:

١ - مراكز التربية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

٢ - الصفوف الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم في المدرسة العادية.

٣ - دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز التربية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم من أقدم التنظيمات التربوية لبرامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم، في حين تعتبر الصفوف الخاصة الملحقة

بالمدرسة العادية، أو دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في المدرسة العادية من أحدث التنظيمات التربوية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للأطفال ذوي صعوبات التعلم، فإن أعداد البرامج التربوية الفردية، هي الأساس الأول في تلك البرامج، وخاصة إذا ما بنيت تلك البرامج على أساس ما يسمى بالتدريس العلاجي.

يستخدم مصطلح التدريس العلاجي (Remedial Teaching) للدلالة على نوعية البرامج التربوية لحالات صعوبات التعلم، وقد تكون واحدة من المهمات الرئيسية لمدرس الأطفال ذوي صعوبات التعلم قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها، لديهم بهدف إعداد الخطة التربوية الفردية (Individualized Educational Plan, IEP) وتشير ليرنر (Learner, 1976) إلى خمس خطوات رئيسية في البرنامج التربوي للأطفال ذوي صعوبات التعلم هي:

١ ـ قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها.
٢ ـ تخطيط البرنامج التربوي (صياغة الأهداف وطرائق تنفيذها).
٣ ـ تطبيق البرنامج التربوي.
٤ ـ تقييم البرنامج التربوي.
٥ ـ تعديل البرنامج التربوي على ضوء نتائج عملية التقييم.

ويستطيع مدرس الأطفال ذوي صعوبات التعلم من التحكم بعدد من العوامل التي تساهم في إنجاح البرنامج التربوي، ومن هذه العوامل التحكم بالوضع الفيزيائي لحجرة الدراسة، والوقت الذي يستغرقه البرنامج التعليمي، وتحديد عدد المهمات المطلوبة من الطفل، وتحديد مستوى صعوبة تلك المهمات، وتحديد طرائق الاتصال بين المدرس والطفل وأخيراً تحديد العلاقة الشخصية اللازمة بين كل من المدرس والطفل.

أما فيما يتعلق بأسلوب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم فتقترح ليرنر (Le-arner, 1976) استـخـدام أسلوب تحليل المهمــات (Task Analysis Procedure) كأسلوب رئيسي في التدريس العلاجي إذ تحلل المهمة التعليمية إلى عدد من الخطوات الفرعية وهي :

١ ـ تحديد طرق الاتصال الإدراكية لاستقبال المهمة التعليمية والتعبير عنها، فهل هذه الطرائق سمعيّة أم بصرية أم حسية؟

٢ ـ تحديد النظام الحسي الإدراكي اللازم للتعبير عن المهمة التعليمية، فهل تحتاج هذه المهمة إلى حاسة واحدة أو أكثر للتعبير عن تلك المهمة؟

٣ ـ تحديد طبيعة المهمة التعليمية فهل هي لفظية أم غير لفظية؟

٤ ـ تحديد طبيعة المهمة التعليمية الاجتماعية.

٥ ـ تحديد طبيعة العمليات العقلية اللازمة للتعبير عن المهمة التعليمية.

يقترح هلهان وولس (Hallahan, 1981, & Wallace, et al. 1978) ثلاثة أنواع من البرامج التربوية في التدريب العلاجي للأطفال ذوي مظاهر العجز عن التعلم وهي :

١ ـ برنامج التدريب على العمليات النفسية الأساسية مثل القراءة أو الكتابة أو التوازن ويعتمـد هذا البـرنـامج على تعليم المهارات البصرية الحركية وتعليم المهارات الحسية الحركية.

٢ ـ برنـامـج التدريب لعدد من الحواس، ويعتمد هذا البرنامج على تدريب حواس الطفل وربطها معاً.

٣ ـ برنامج التدريب للأطفال ذوي النشاط الزائد، ويعتمد هذا البرنامج على تخفيض عدد المثيرات الخارجية للأطفال ذوي النشاط الزائد وتوفير الفرصة أمامهم لتوجيه هذا النشاط الزائد (Hyperactivity).

٤ ـ برنامج التدريب المعرفي، ويعتمد هذا البرنامج على تقديم نماذج تعليمية حسية للطفل الذي يعاني من مظهر أو أكثر من مظاهر صعوبات التعلم.

وقد أشارت الكثير من الدراسات الأجنبية السابقة إلى أهمية التعليم الحسي المعرفي أو الذي توظف فيه أكبر عدد ممكن من حواس الطفل في عملية التعلم، لذوي صعوبات التعلم، وفي الأردن قام صبحي (١٩٨٨) بدراسة ميدانية هدفت إلى المقارنة بين طريقة الحاسوب(الكمبيوتر)والطريقة التقليدية في التدريس، في تعليم الأطفال ذوي صعوبات التعلم، المهارات العددية، ومن أجل تحقيق ذلك، فقد قارن الباحث بين مجموعتين من الطلبة ذوي صعوبات التعلم في مستوى الصف الثالث الإبتدائي، عدد كل منها عشرين طالباً، بحيث استخدمت مع المجموعة الأولى طريقة التعليم الصفي التقليدي، في حين استخدمت مع المجموعة الثانية طريقة التعليم بواسطة الحاسوب وقد عولجت البيانات الناتجة عن عملية التدريس، القبلية والبعدية، إحصائياً، وأظهرت الدراسة، تفوق طريقة التعليم بواسطة الحاسوب، على طريقة التعليم التقليدية، مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم ($\propto$ = ٠,٠٥).

ومما يؤكد أهمية التعليم الحسي للكثير من المفاهيم المعرفية، ظهور بعض الأفلام التعليمية ومنها فلم بعنوان «الإعاقة الخفية» * (Hidden Handicapped)، حيث يوضح ذلك الفلم طرائق تعليم الأطفال الحروف الهجائية، والتمييز بينها، باستخدام التعليم الحسي القائم على رسم شكل الحرف على الرمل، أو باستخدام حركة الجسم نفسه، أو استخدام الألوان، كما بين الفلم كيفية معالجة النشاط الزائد لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

فلم تعليمي من إنتاج شركة : (McGraw Hill Films)

110 FiFteenth st. Delmar, CA, 92014 USA.

الفصل السابع

الاضطرابات الانفعالية

- مقدمة .
- تعريف الاضطرابات الانفعالية .
- مظاهر الاضطرابات الانفعالية .
- أسباب الاضطرابات الانفعالية .
- قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية .
- الخصائص السلوكية للمضطربين انفعالياً .
- البرامج التربوية للمضطربين انفعالياً .

الفصل السابع
الاضطرابات الانفعالية

مقدمة : -

تتعدد المصطلحات التي تدلل على موضوع الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturbance) والإعاقة الانفعالية (Emotional Impairmant) ، والاضطرابات السلوكية (Behavioral Disorders) ، ومهما كانت المصطلحات التي تدلل على موضوع الإعاقة الانفعالية، في المراجع المختلفة، فإن الإعاقة الانفعالية تمثل أشكالاً من السلوك الانفعالي غير العادية ، والتي تستدعي معها الحاجة إلى التربية الخاصة.

يسير النمو الانفعالي العادي في عدد من المراحل، وفقاً لمتغير العمر الزمني، إذ تعكس كل مرحلة عمرية من حياة الفرد عدداً من المواقف الانفعالية المناسبة له، ففي الطفولة الأولى، تتمركز الانفعالات حول الذات، مثل انفعالات الغضب والخوف والسرور، ولكنها ومع التقدم في العمر تتمركز حول الآخرين أو ترتبط بهم، حيث تتحول تدريجياً إلى عواطف إزاء الآخرين أو الأشياء، ويعني ذلك، أن الانفعال حالة من التغير المفاجيء التي تشمل الفرد كله، ولكن هذه الحالة سرعان ما تتمركز حول موضوع معين سواء كانت سلبية أم إيجابية، لتتحول تدريجياً نحو ما يسمى بالعاطفة، والتي هي تراكم لعدد من المواقف الانفعالية حول موضوع ما، ولا ينكر أحد أهمية المواقف الانفعالية والعاطفية في حياة الفرد إذ تلون حياة الفرد وتعطيها معنى، ولكن هذه الانفعالات قد

تضطرب لدرجة أنها تصبح وبالاً على الفرد نفسه وخاصة إذا ما استمر اضطرابها، وهذا هو موضوع هذا الفصل.

تعريف الاضرابات الانفعالية :

يواجـه الدارس لموضـوع الاضطرابات الانفعالية عدداً من الصعوبات في تعريفها، وقد يعود السبب في ذلك إلى صعوبة تحديد معايير السلوك الانفعالي السوي وغير السوي، إذ قد تختلف معايير السلوك الانفعالي السوي أو غير السوي من بيئة ثقافية إلى أخرى، أو من نمط من أنماط السلوك الانفعالي إلى نمط آخر، أو في صعوبة قياس الاضطراب الانفعـالي، وارتبـاطـه بعدد من الإعاقات الأخرى، كالعقلية، والسمعية، والبصرية، وصعـوبـات التعلم، ومـع ذلك فقد ظهرت بعض التعريفات، التي أشار إليها هلهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1981) وهيوارد وأورولانسكي (Heward & Orlansky, 1980) وكيرك (Kirk, 1972) وغيرهـم.

يعرف كوفمان (١٩٧٧) الأطفال المضطربين انفعالياً بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون استجابات انفعالية غير متوقعة منهم أو من قبل الآخرين، وبشكل مزمن، بحيث يستدعي ذلك تعليمهم أشكال السلوك الاجتماعي المناسب.

أمـا هلهـان وكـوفهان (١٩٨١) فـيعرفان الاضطرابات الانفعالية، بأنها ذلك السلوك الانفعالي المتطرف والمزمن والذي يبتعد عن توقعات المجتمع وثقافته ومعاييره..

أمـا بوار (Bower, 1969, 1977)، فيعـرف الأفراد المضطربين انفعالياً، بأنهم أولئك الأفراد الذين يظهرون اضطراباً في واحدة أو أكثر من المظاهر الآتية:

١ ـ صعوبة القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو جسمية.

٢ ـ صعوبة القدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين.

٣ ـ صعوبة التعبير عن الموقف الاجتماعي بطريقة مناسبة.

٤ ـ الاستمرار في إظهار الانفعالات غير المناسبة، أو حالة من الحزن والسوداوية المستمرة.

٥ ـ الاستمرار في إظهار الأعراض الجسمية المرضية، أو المخاوف الشخصية أو المدرسية.

ويورد كيرك العديد من الأسئلة التي توضح حالات الاضطراب الانفعالي، كحالة الانسحاب من المواقف المتكررة، والسلوك العدواني المتكرر، وإيذاء الذات المتكرر، والعناد المتكرر، والانطوائية وعدم الثبات الانفعالي . . . الخ.

نسبة الإعاقة الانفعالية:

قد يصعب وضع نسبة محددة لظاهرة الاضطرابات الانفعالية، وقد يكون السبب في ذلك صعوبة وضع تعريف محدد للإعاقة الانفعالية من جهة، وبسبب اختلاف معايير السلوك السوي، والسلوك المضطرب انفعالياً من مجتمع إلى آخر أو من ثقافة إلى أخرى من جهة أخرى، وعلى سبيل المثال يقدر شولتز ورفاقه (Schultz at al. 1971) المضطربين انفعالياً بنسبة تتراوح من ما بين ٥,٠٪ ـ ١٥٪ في عدد من الولايات المتحدة الأمريكية، أما مورس فيذكر أن نسبة هؤلاء الأطفال تتراوح ما بين ١٪ ـ ٣٠٪، ولكن مكتب التربية في الولايات المتحدة الأميركيّة (١٩٧٥) يقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي ٢٪، أما بوار (Bower, 1969) فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي ١٠٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأميركيّة.

أما في الأردن، فيشر التقرير الصادر عن صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، إلى أن مجموع المعوقين انفعالياً والمسجلين ٤٥٧ فرداً وأن نسبة المعوقين انفعالياً، مقارنة مع المجموع الكلي للمعوقين المسجلين في الأردن (١٩٧٩) هي ٢,٤٪، وتشير النسب المئوية التالية إلى توزيع المعاقين انفعالياً في محافظات المملكة: عمان ٣٨,٧٪، اربد ٣٧,٦٪، البلقاء ٧,٧٪، والكرك ١٠,١٪ ومعان

٥,٩٪ ويشير التقرير الصادر عن صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني إلى ٢١٪ من المعوقين انفعالياً يحصلون على خدمات طبية، في حين يحصل ٤٥,١٪ منهم على خدمات تعليمية ويحصل ١٢,٦٪ منهم على خدمات اجتماعية، وأخيراً يحصل ١٣,٨٪ منهم على خدمات طبية وتربوية.

مظاهر الاضطرابات الانفعالية وتصنيفها :

تتعدد مظاهر الإعاقة الانفعالية أو الاضطرابات الانفعالية، وقد تتراوح هذه المظاهر ما بين مظاهر الإعاقة الانفعالية البسيطة، إلى مظاهر الإعاقة الانفعالية الشديدة.

يصنف هلهان وكوفمان (١٩٨١) مظاهر الإعاقة الانفعالية إلى فئتين هما:

١ ـ فئة الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة.

٢ ـ فئة الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

أما مظاهر الاضطرابات الانفعالية للفئة الأولى، والتي تشكل غالبية الأفراد المضطربين انفعالياً، فتبدو في عدد من المظاهر منها:

١ ـ العناد المستمر.
٢ ـ عدم الطاعة.
٣ ـ المشاجرة مع الآخرين.
٤ ـ إيذاء الآخرين.
٥ ـ المزاج الحاد.
٦ ـ صعوبة تحمل المسؤولية والتهرب منها.
٧ ـ الغيرة المبالغ فيها.
٨ ـ سرعة الغضب.
٩ ـ الميل إلى القيادة.
١٠ ـ جذب انتباه الآخرين.

١١ ـ سرعة الانسحاب من المواقف والانطواء المبالغ فيه.
١٢ ـ النشاط الزائد.
١٣ ـ الخجل الشديد.
١٤ ـ الحساسية الزائدة.
١٥ ـ سرعة التشتت في الانتباه.
١٦ ـ الأنانية المفرطة.
١٧ ـ القلق الزائد.
١٨ ـ الحزن والكآبة.
١٩ ـ زيادة أحلام اليقظة.
٢٠ ـ الكسل الزائد.
٢١ ـ الجنوح (حالات الجنوح: كالسرقة، والعدوان اللفظي والمادي، والقتل . . . الخ).

وتتضح مظاهر الاضطرابات الانفعالية السابقة، وخاصة المزمنة منها والمتكررة، لدى أبناء الطبقات الفقيرة والمتوسطة، كما تزيد لدى الذكور مقارنة مع الإناث، حيث تطور الإناث أشكالاً من السلوك العصابي وذلك بسبب بعض الظروف أو المعايير الاجتماعية، كما أشارت إلى ذلك الدراسات التي أجريت في هذا الصدد. أما مظاهر الاضطرابات الانفعالية للفئة الثانية، والتي تشكل النسبة الأقل، فتبدو في عدد من المظاهر منها انفصام الشخصية، وفي الحالات المسماة فصام الطفولة (Autistic) والتي يقصد بها تلك الحالات التي تظهر أشكالاً سلوكية تبدو في الانسحاب التام، أو إثارة الذات بشكل مستمر، أو القيام بحركات جسمية مستمرة، أو الاضطرابات العقلية أو الإدراكية وقد ترتبط مثل هذه الحالة، بحالات أخرى من الإعاقة، كالإعاقة العقلية، وتقدر نسبة الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة بحوالي ٢ إلى ٦ لكل عشرة آلاف طفل.

وتذكر دي مير (Demyer, 1979) أن عدد الأفراد الذين يعانون من حالات فصام

الطفولة بمئة ألف فرد في الولايات المتحدة الأميركية ويعاني مثل هؤلاء الأفراد من مشكلات سلوكية واضحة منذ الولادة، تبدو في النوم، وتناول الطعام، وارتداء الملابس، وتعلم المهارات الاستقلالية، والمهارات اللغوية والاجتماعية، ويذكر هيوارد وزميله (١٩٨٠) خمسة مظاهر تميز حالات فصام الطفولة هي :

١ ـ ضعف الاستجابات الحسية نحو الآخرين، إذ لا يستجيب الطفل للمثيرات الحسية التي تصدر أمامه كالحديث معه، أو الابتسام له.

٢ ـ الانسحاب التام، أو العزلة التامة، من المواقف الاجتماعية.

٣ ـ إثارة الذات، وخاصة أشكال الإثارة المتكررة لتحريك أيديهم أو أرجلهم.

٤ ـ إيذاء الذات، وخاصة أشكال إيذاء الذات الجسدي إلى درجة نزف الدم أو العض.

٥ ـ الاعتماد على الآخرين، حتى في مهارات الحياة اليومية، كتناول الطعام والشراب والاستحمام.

أسباب الاضطرابات الانفعالية :

قد تتعدد أسباب الاضطرابات الانفعالية، تبعاً لتصنيفها، فغالباً ما تعود أسباب الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة إلى العوامل البيئية، في حين تعدد أسباب الاضطرابات الانفعالية الشديدة إلى عوامل بيولوجية. ولا أحد ينكر العلاقة الوثيقة بين العوامل البيولوجية من جهة ومظاهر السلوك الانفعالي من جهة أخرى، كما لا ينكر أحد دور العوامل البيئية، كالعوامل الأسرية والمدرسية، والاجتماعية بشكل عام، في مظاهر الاضطرابات الانفعالية.

الأسباب البيولوجية :

تعتبر العوامل البيولوجية من أهم العوامل المؤدية إلى الاضطرابات الانفعالية

الشـديدة مثـل حالـة فصـام الطفولة، وتبدو مثل تلك الأسباب في العوامل البيولوجية المرتبطة بالعوامل الجينية، والعوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة، مثل عوامل سوء التغذية، والعقاقير والأدوية، والأمراض التي تصاب بها الأم الحامل.

ثم العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة وخاصة إصابات الدماغ (Brain Injury, Trauma).

الأسباب البيئية :

يقصد بالأسباب البيئية تلك الأسباب المرتبطة بالعوامل الأسرية أو المدرسية أو الاجتمـاعية بشكل عام، ويبدو دور العوامل البيئية واضحاً في الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة، ويشير هلهان وكوفمان (١٩٨١) إلى عدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات الانفعالية البسيطة أو المتوسطة، مثل:

١ ـ نمط العلاقة بين الطفل والأم.
٢ ـ نمط العلاقة بين الطفل والأب.
٣ ـ نمط التربية الأسرية، وخاصة أنماط التربية الأسرية المتشددة والصارمة أو الفوضوية.
٤ ـ التدليل الزائد، والحماية الزائدة.
٥ ـ الإهمال الزائد.
٦ ـ الاحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهها الأسرة.

وتعتبر المدرسة المصدر الثاني من مصادر اضطرابات الطفل، الانفعالية، بما توفره من خبرات قد لا تكون سارة للطفل، ويقصد بذلك نمط التربية المدرسية،ونمط أو طرائق التدريس المتبعة، وأنماط أو أشكال العقاب المتبعة، والمقارنات المتكررة بين الأطفال، وطبيعة المنهاج المدرسي، وطبيعة التركيز على النتائج المدرسية ومثل هذه الخبرات قد تكون سبباً في الاضطرابات الانفعالية، خاصة إذا ما أضيف إليها العوامل الأسرية، حيث تشكل مثل هذه العوامل مناخاً مناسباً للاضطرابات الانفعالية.

قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية :

تتمثل عملية قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية في مرحلتين رئيسيتين هما :

١ ـ مرحلة التعرف السريع على الأطفال المضطربين انفعالياً.

٢ ـ مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين انفعالياً.

ويقصد بالمرحلة الأولى، تلك المرحلة التي يلاحظ فيها الآباء والأمهات أو المعلمين أو المعلمات أو ذوي العلاقة بعض المظاهر السلوكية غير العادية لدى أطفالهم، وخاصة تلك المظاهر السلوكية والتي لا تتناسب والمرحلة العمرية التي يمرون بها، أو تكرار تلك المظاهر وشدتها، ومن تلك المظاهر مثلاً، تكرار سلوك شد شعر الآخرين، أو العناد، أو إيذاء الذات، أو الانطواء (راجع مظاهر الاضطرابات الانفعالية ص١٩٢) وتهدف هذه المرحلة إلى التعرف إلى الأطفال الذين يشك بأنهم مضطربين انفعالياً. أما المرحلة الثانية فيقصد بها تلك المرحلة التي تهدف إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال المشكوك بهم، وذلك من خلال تطبيق المقاييس التي تكشف عن تلك الاضطرابات الانفعالية.

ومنها :

١ ـ مقياس بيركس لتقدير السلوك (Burk's Behavior Rating Scale).

٢ ـ مقياس السلوك التكيفي، للجمعية الأميركية للتخلف العقلي (A A M D, Adaptive Behavior Scale).

٣ ـ مقياس الشخصية لايزنك (Eysenk Personality Inventory).

٤ ـ المقاييس الإسقاطية، مثل مقياس بقع الحبر لروشاخ (Rorschach Spot of Ink Scale).

ومقياس رسم الرجل لجود أنف (Goodenough, Draw A Man Test).

ومقياس تفهم الموضوع للكبار (Tematic Apperception Test, TAT) .

ومقياس تفهم الموضوع للأطفال (Children Apperception Test, CAT) .

ويعتبر مقياس بيركس لتقدير السلوك، من المقاييس البارزة في ميدان قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية، فقد صمم بيركس (Burks, Harold, F, 1975, 1980) ، هذا المقياس وذلك بهدف التعرف إلى مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد منذ عمر السادسة فأكثر، ويتألف هذا المقياس من ١١٠ فقرات موزعة على ١٩ مقياساً فرعياً، وقد تحققت للمقياس في صورته الأصلية دلالات صدق وثبات مقبولة، وقد جرى تطوير هذا المقياس في البيئة البحرينية (القريوتي وجرار ١٩٨٧)، على عينة مؤلفة من ٥٢٥ مفحوصاً من الطلبة العاديين والمعوقين عقلياً، وقد استخرجت له دلالات صدق وثبات مقبولة، فقد تم التوصل إلى ثلاثة أنواع من الصدق للمقياس هي: الصدق الظاهري، والتمييزي، وصدق المحك، كما تم التوصل إلى معاملات ثبات للمقياس بطريقة الإعادة. وقد تضمن دليل المقياس في صورته المعربة وصفاً لإجراءات تطبيق وتفسير نتائجه وأما المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس فهي:

الإفراط في لوم الذات، الإفراط في القلق، الانسحابية الزائدة، الاعتمادية الزائدة، ضعف قوة الانا، ضعف القوة الجسدية، ضعف التآزر الحركي، انخفاض القدرة العقلية، الضعف الأكاديمي، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، الضعف في ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، الضعف في ضبط مشاعر الغضب، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانصياع الاجتماعي، وفيما يلي بعض فقرات المقياس:

رقم الفقرة	اسم الفقرة
٠٠١	يبدو مشتتاً وغير مستقر فسرعان ما ينتقل من موضوع إلى آخر.
٠٠٧	غير مثابر وسريعاً ما يشتت انتباهه.
٠١٩	يشكو من أن الآخرين لا يحبونه.
٠٣١	حركته زائدة.
٠٣٦	يظهر على وجهه حركات لا إرادية دون سبب ظاهر.
٠٥٣	يتغيب عن المدرسة دون عذر مقبول.
٠٦٠	يرفض اتباع التعليمات والقواعد ويتمرد لدى محاولة ضبطه.
٠٨٨	يشعر بالرضى تجاه أدائه الضعيف.
١٠٠	يغيظ ويضايق الآخرين.
١١٠	يحاول جلب انتباه زملائه عن طريق التهريج.

أما مقياس السلوك التكيفي والتابع للجمعية الأميركية للتخلف العقلي (American Association on Mental Retardation, Adaptive Behavior Scale, AAMR, ABS) والذي أعد من قبل نهيرا وزملائه (Nihira, Foster, Shellaas & Leland, 1959, 1969, 1975, 1981) فيعتبر من المقاييس المعروفة في قياس السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً والمضطربين انفعالياً، وذوي الاضطرابات في النمو، ويهدف تطبيق هذا المقياس إلى التعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعوقين عقلياً. والمضطربين انفعالياً، ويتكون هذا المقياس من قسمين رئيسيين هما: القسم الأول، ويتعلق بالسلوك التكيفي والذي غطى في تسعة أبعاد رئيسية تضمنت ٥٦ فقرة، أمـا القسم الثـاني فيتعلق بالسلوك غير التكيفي، والذي غطي في أربعة عشرة بعداً، تضمنت ٤٤ فقرة، وقد جرى تطوير وتقنين المقياس في عدد من دول العالم مثل الولايات المتحدة الأميركيّة واليابان والهند وبلجيكا وبورتوريكو ومصر والأردن والبحرين، ففي الأردن، تم تطوير المقياس (الروسان، ١٩٨١) وتقنينه (جرار، ١٩٨٣)، وذلك من أجل

استخدام الصورة الأردنية المعربة من المقياس في قياس وتشخيص جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وكما يشير دليل المقياس الأصلي (Nihira, et al, 1975) فإن المقياس يصلح أيضاً لقياس وتشخيص مظاهر السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المضطربين انفعالياً.

تمثل الفقرات التالية بعض فقرات المقياس في صورته الأردنية:

رقم الفقرة	اسم الفقرة	أحياناً	باستمرار
٥٧	يهدد أو يعتدى جسدياً:		
	- يستعمل إيحاءات تهديدية	١	٢
	- يسبب الأذى للآخرين بطريقة غير مباشرة	١	٢
	- يبصق على الآخرين	١	٢
	- يدفع أو يخمش أو يقرص الآخرين	١	٢
	- يشد شعر الآخرين أو آذانهم	١	٢
	- يعض الآخرين	١	٢
	- يرفس أو يضرب أو يصفع الآخرين	١	٢
	- يرمي الأشياء على الآخرين	١	٢
	- يحاول خنق الآخرين	١	٢
	- يستعمل أشياء حادة مثل السكين ضد الآخرين	١	٢
	- لا يقوم بشيء مما سبق	٠	٩
	- يقوم بأشياء أخرى (حددها)	١	٢
	المجموع	—	—

٦٩	مقاومة التعليمات أو الطلبات أو الأوامر:		
	ـ يتضايق إذا أعطي أمراً مباشراً	١	٢
	ـ يتظاهر بأنه لا يسمع ولا يتبع التعليمات	١	٢
	ـ لا ينتبه للتعليمات	١	٢
	ـ يرفض عمل الأشياء الموكلة إليه	١	٢
	ـ يتردد قبل قيامه بمهمة محددة له	١	٢
	ـ يفعل عكس ما يطلب منه	١	٢
	ـ لا يقوم بشيء مما سبق	١	٢
	ـ يقوم بأشياء أخرى (حددها)	١	٢
	المجموع	—	—

أما مقياس ايزنك، فهو من مقاييس الشخصية المعروفة، والذي أعد في جامعة لندن، والذي يقيس سمات معينة في الشخصية مثل الانطوائية والانبساطية، والعصبية (Intraversion, extraversion and Neuroticism)، وقد تم تقنين المقياس على عينة مؤلفة من ٣٠,٠٠٠ مفحوصاً، كما حُسبت دلالات صدقه وثباته.

وأما المقاييس الاسقاطية، مثل مقياس بقع الحبر لروشاخ، واختبار تفهم الموضوع للكبار والصغار، واختبار رسم الرجل، فتعتبر من الاختبارات الاسقاطية المعروفة في قياس وتشخيص الاضطرابات الشخصية، وعلى سبيل المثال تعرض أمام المفحوص في اختبار تفهم الموضوع للكبار عشرة صور، وفي اختبار تفهم الموضوع للصغار عشرة صور، ويطلب إلى المفحوص أن يعبر عن استجابته لتلك الصور وذلك من خلال اسقاطه لانفعالاته على تلك الصور، ومن مجمل إجابات المفحوص يستطيع الفاحص أن يتعرف على الاضطرابات الانفعالية لدى المفحوص.

الخصائص السلوكية للمضطربين انفعالياً :

هل تؤثر الاضطرابات الانفعالية أو الإعاقة الانفعالية على شخصية الفرد؟ وهل يتميز الأفراد المضطربين انفعالياً بخصائص سلوكية معينة؟ قد تكون الإجابات على مثل هذه الأسئلة بالإيجاب، والحقيقة أن الاضطراب الانفعالي، يؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على خصائص الشخصية، كالخصائص الأكاديمية والاجتماعية، والعقلية.

الاخصائص الاجتماعية :

تتمثل الخصائص الاجتماعية للأفراد المضطربين انفعالياً، وخاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة، في عدد من المظاهر منها:

١ ـ السلوك العدواني (Agressive Behavior) :

يعتبر السلوك العدواني، أياً كان شكله أو نوعه، من الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين انفعالياً، بل قد يعتبر السلوك العدواني أهم سمة تميز سلوك الأفراد المضطربين انفعالياً. وتبدو أشكال السلوك العدواني في: العدوان اللفظي، العدوان المادي، الصراخ في وجه الآخرين، مناكفة الأخرين، شد شعر الآخرين، معاكسة الآخرين، سلوك العناد النشاط الزائد، إيذاء الذات وإثارتها . . . الخ.

وقد درس باترسون وزملاءه (Paterson et al, 1972) السلوك العدواني لدى الأطفال العاديين والمضطربين انفعالياً فوجدوا فروقاً ذات دلالة إحصائية بين تكرار أشكال السلوك العدواني لدى كل من العاديين والمضطربين انفعالياً، كما درس باندورا وزملائه (Bandura, 1973) السلوك العدواني وأشاروا إلى أن السلوك العدواني هو سلوك متعلم ويحدث نتيجة لإحباط الطفل سواء أكان ذلك في الأسرة أو المدرسة.

٢ ـ السلوك الانسحابي (Withdrawn Behavior) :

يعتبر السلوك الانسحابي مظهراً آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات الانفعالية، ويعبر السلوك الانسحابي عن فشل الفرد المضطرب انفعالياً في التكيف مع

المتطلبات الاجتماعية، ومن مظاهر السلوك الانسحابي، الانطواء على الذات، وأحلام اليقظة، والقلق الزائد، وادعاء المرض، والمخاوف المرضية. وتعتبر حالة الفصام الطفولي (Autism) مثالاً جيداً على السلوك الانسخابي (راجع خصائص حالات فصام الطفولة ص١٩٤)، لدى الأفراد المضطربين انفعالياً، وخاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

٣ ـ السلوك الفج (Immature Behavior) :

يقصد بالسلوك الفج، ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً، والذي يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في نفس المواقف الانفعالية، ومن الأمثلة التي توضح ذلك، ما يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً من مواقف انفعالية لا تتناسب وطبيعة الموقف الانفعالي، من مثل المبالغة في التعبير الانفعالي، أو إظهار التعبير الانفعالي المغاير لطبيعة الموقف الانفعالي كالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس، ويعتبر النكوص (Re-gression) مثالاً جيداً على أنماط السلوك غير الناضجة والتي تبدو من الأفراد المضطربين انفعالياً، ويقصد بذلك أن يسلك الفرد المضطرب انفعالياً بطريقة طفولية أو بأساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى، إزاء المواقف الانفعالية، مثل البكاء، والاعتماد على الآخرين، والتخلي عن المسؤولية . . . الخ.

الخصائص العقلية والأكاديمية :

تتمثل الخصائص العقلية والأكاديمية للأفراد المضطربين انفعالياً في عدد من المظاهر وخاصة لذوي الاضطرابات الانفعالية المتوسطة والبسيطة. والسؤال هنا هل تؤثر الاضطرابات الانفعالية على قدرات الفرد العقلية أو الأكاديمية؟ وهل يزداد أو ينقص أداء الأفراد المضطربين انفعالياً على اختبارات الذكاء أو الاختبارات التحصيلية المدرسية؟ إن الإجابة على تلك الأسئلة مرهونة بالتعرف على خصائص الأفراد المضطربين انفعالياً العقلية وأثرها على أدائهم التحصيلي. وهنا لا بد من ذكر الملاحظات التالية :

١ ـ يصعب قياس وتشخيص القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعالياً، وذلك بسبب صعوبة ضبط هؤلاء الأفراد في موقف اختباري يتطلب شروطاً معينة حتى يتم التعرف على قدرات هؤلاء الأفراد العقلية، وخاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

٢ ـ تشير الدراسات التي أجريت حول موضوع قياس وتشخيص القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعالياً والذين أمكن قياسهم وتشخيصهم، إلا أن قدرات هؤلاء الأفراد المضطربين انفعالياً، تقع في حدود متوسطي الأداء العقلي على مقاييس الذكاء، أي أن متوسط أداء الأطفال المضطربين انفعالياً هو بحدود ٩٠ ـ ١٠٠ كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، ويضيف كوفمان (١٩٧٧) إلى أن هناك نسبة من الأفراد المضطربين انفعالياً والذين قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط الأطفال العاديين.

٣ ـ تشير الأبحاث التي أجريت حول موضوع تحصيل الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية، وخاصة الدراسات التي يذكرها هلهان (١٩٧٧) وهيوارد (١٩٨٠) إلى تدني أداء الأفراد المضطربين انفعالياً من الناحية التحصيلية، ففي الدراسة التي أجراها جلافن وزميله (Glavin & Annesley, 1971) على ١٣٠ طفلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً، إشارة إلى أن ١٨٪ من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، وأن ٧٢٪ منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات. ويضيف هلهان إلى ذلك، مشكلات أخرى ترتبط بخصائص الأطفال المضطربين انفعالياً، مثل مشكلات القيام بمهارات الحياة اليومية الأساسية، كالنظافة، وارتداء الملابس، والاستحمام . . . الخ.

٤ ـ يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأطفال المضطربين انفعالياً، بعوامل متعددة، منها تدني القدرة العقلية لبعضهم، كما أشير إلى ذلك في الملاحظة رقم (٢) إذ ليس من المستغرب أن نلاحظ تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين انفعالياً، وذلك بسبب تدني قدراتهم العقلية، المقاسة باختبارات الذكاء، إذ لا

أحد ينكر العلاقة الإيجابية بين القدرة العقلية والمستوى التحصيلي للفرد. كما يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين انفعالياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب الانفعالي على انتباه وتركيز الأطفال المضطربين انفعالياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب انفعالياً يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الانسحابي، ويصعب عليه في مثل هذه الحال أن يركز انتباهه على المواد الدراسية ومتطلباتها، وعلى ذلك فليس من المستغرب تدني التحصيل الأكاديمي لهؤلاء الطلبة بسبب مظاهر الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها.

وأخيراً فيمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين انفعالياً، بعامل آخر، وهو ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات الانفعالية بحالات أخرى من الإعاقة، كصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد (Hyperactivity) سبباً في تشتت انتباه الفرد وتركيزه.

البرامج التربوية للأفراد المضطربين انفعالياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمضطربين انفعالياً طرائق تنظيم برامج تربية المضطربين انفعالياً ويمكن أن نميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١ - مراكز الإقامة الكاملة لذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وخاصة حالات فصام الطفولة (Autism) إذ يُلحق هؤلاء بأقسام خاصة في مراكز التربية الخاصة، أو المستشفيات ويتلقون البرامج العلاجية الصحية، والتربوية، المناسبة لهم، كما تعتبر مراكز الأحداث، أو الإصلاح والتأهيل، مثالاً آخر على مراكز الإقامة الكاملة، إذ يتلقى الأحداث في مثل هذه المراكز البرامج التربوية والنفسية والمهنية المناسبة لهم طيلة مدة إقامتهم في مثل هذه المراكز.

٢ - مراكز التربية الخاصة النهارية للمضطربين انفعالياً، ويلحق الأطفال ذوي

المشكلات الانفعالية المتوسطة في هذه المراكز، حيث يتلقون البرامج التربوية المناسبة لهم.

٣ ـ دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصفوف الخاصة، الملحقة بالمدرسة العامية، بحيث يتلق هؤلاء البرامج التربوية المناسبة لهم في الصفوف الخاصة، مع الاستعانة ما أمكن بالوسائل المتوفرة في غرفة المصادر (Resource Room)، وبالجو المدرسي العادي في المدرسة العادية.

٤ ـ دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصف العادي، في المدرسة العادية، بحيث يتلق هؤلاء الطلبة نفس البرامج والمناهج المقدمة للطلبة العاديين في الصفوف العادية، مع الأخذ بعين الاعتبار متطلبات مثل هؤلاء الطلبة في الصف العادي.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمضطربين انفعالياً، ومبرراته، وأهدافه، فلا بد وأن تتضمن البرامج التربوية للمضطربين انفعالياً عدد من الاعتبارات أهمها: توفر خصائص معينة في مرحلة الأطفال المضطربين انفعالياً، وتهيئة الجو التعليمي المناسب لهؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً، والاستعانة بعدد من الأخصائين، مثل أخصائي الطب النفسي، وأخصائي الإرشاد النفسي والتربوي، وذلك من أجل مساعدة معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً في أداء مهماتهم التربوية.

وعلى ذلك فيمكن تلخيص الأسس الرئيسية في تدريس المضطربين انفعالياً كما يلي:

١ ـ توفر خصائص معينة في معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً، أهمها الرغبة في العمل مع هؤلاء الأطفال، وتقبلهم، والتحلي بالصبر، والمثابرة على العمل معهم.

٢ ـ التعليم الفردي: ويقصد بذلك، تعليم بعض هؤلاء الأطفال بطريقة فردية، بحيث يصمم لمثل هذه الحالات برامج تربوية خاصة، تتضمن أهدافاً محددة وتدرس وفق

مبادىء تحليل المهارات الفرعية (Task Analysis Procedure) .

٣ ـ تحويل بعض حالات الاضطرابات الانفعالية إلى غرفة المصادر، بحيث يتلق هؤلاء المساعدة اللازمة، من قبل معلم غرفة المصادر، ومن ثم العمل على إعادتهم مرة أخرى إلى الصفوف العادية.

٤ ـ تنظيم الأنشطة الهادفة ، من قبل مدرسي الأطفال المضطربين انفعالياً، والتي تعمل على تفريغ النشاط الانفعالي وتوظيفه في الاتجاه التربوي الإيجابي. الهادف.

٥ ـ توظيف أساليب تعديل السلوك في تدريس الأطفال المضطربين انفعالياً، بالطريقة المناسبة، وذلك بعد تحديد السلوك غير المرغوب فيه إجرائياً، ثم تحديد السلوك المرغوب فيه إجرائياً، ومن ثم تحديد طرق تعديل السلوك الأكثر مناسبة، مثل طرق التعزيز الإيجابي، أو السلبي، أو العقاب، أو تشكيل السلوك، أو تقليده . . . الخ.

٦ ـ تحديد الأهداف التربوية المتوقعة من الأطفال المضطربين انفعالياً، والعمل على تحقيقها، بحيث تعمل طرق التدريس ما أمكن على تقليل فرص الاحباط لهؤلاء الطلبة في المواقف الأكاديمية، والاجتماعية.

٧ ـ العمل على دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسطية والمتوسطة، ما أمكن، في الصفوف العادية وبحيث يتلق هؤلاء البرامج التربوية التي تقدم للأطفال العاديين والتقليل ما أمكن من عزل هؤلاء في الصفوف الخاصة أو مراكز التربية الخاصة النهارية، إلا في بعض الحالات الشديدة.

٨ ـ العمل على تدريس مهارات الحياة الأساسية، لحالات الاضطرابات الانفعالية الشديدة وذلك بسبب أهمية هذه المهارات للأطفال المضطربين انفعالياً.

□□□□□

الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية

- مقدمـــــة .
- مظاهر الاضطرابات اللغوية ونسبتها .
- أسباب الاضطرابات اللغوية .
- قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية .
- الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية .
- البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية .

الفصل الثامن
الاضطرابات اللغوية

مقدمــــــــة :

تعتبر اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وبخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي، وتعرف اللغة على أنها نظام من الرموز يمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة.

تقسم اللغـة من حيث طبيعتهـا إلى مظهرين رئيسيين، الأول يسمى باللغة غير اللفـظية، ويعبر عنها بمصطلح اللغة الاستقبالية (Receptive Language) ، والثاني يسمى باللغـة اللفـظية، ويمثل اللغة المنطوقة والمكتوبة، ويعبر عنها بمصطلح اللغة التعبيرية (Expressive Language) ، ويرتبط بمفهوم اللغة (Language) مصطلحات أخرى مثل مصطلح الكلام (Speech) ، ومصطلح النطق (Articulation) ، إذ ترتبط هذه المصطلحات ببعضها البعض، إذ يقصد بالكلام القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات في اللغة اللفظية، وأما النطق فيقصد به الحركات التي تقوم بها الحبال الصوتية أو جهاز النطق أثناء إصدار الأصوات.

يشير ماكندلس (McCandless, 1973) وفتزجيرلد (Fitzgerald, 1977) إلى أن للغـة أصولاً بيولوجية تتمثل في الاستعداد الفيزيولوجي والعقلي، وأنها تسير وفق أربع مراحل هي :

١ ـ مرحلة البكـاء (Crying Stage) : وفي هذه المـرحلة يعبـر الـطفـل عن حاجاته وانفعالاته بالصراخ، وتمتد هذه المرحلة منذ الميلاد وحتى الشهر التاسع من العمر.

٢ ـ مرحلة المناغاة (Babbling Stage) : وفي هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو المقـاطع ويكررها، وتمتد هذه المرحلة من الشهر الرابع والخامس تقريباً وحتى الشهر الثامن أو التاسع.

٣ ـ مرحلة التقليد (Imitation Stage) : وفي هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات التي يسمعها تقليداً خاطئاً، فقد يغير أو يبدل أو يحذف أو يحرف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، وقد يرجع ذلك إلى عوامل كثيرة أهمها مدى نضج جهاز النطق، وضعف الإدراك السمعي، وقلة التدريب، ولكن مع استمرار عوامل النضج والتعلم والتدريب تصبح قدرة الطفل على التقليد أكثر دقة، وتمتد هذه المرحلة منذ نهاية السنة الأولى من العمر وحتى عمر الرابعة أو الخامسة تقريباً.

٤ ـ مرحلة المعاني (Semantic Stage) : وفي هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللفـظية ومعنـاهـا، وتمتـد هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عمر الخامسة وما بعدها.

تختلف مظاهر المحصول اللغوي للطفل من عمر إلى آخر، حسب مراحل نموه الزمني، إذ تعتبر السنة الأولى من عمر الطفل هي مرحلة الكلمة الواحدة، وتعتبر السنة الثانية مرحلة الجملة ذات الكلمتين، وتعتبر السنة الثالثة مرحلة تكوين الجمل، أما السنة الرابعة فتعتبر مرحلة تناول الحديث مع الآخرين، أما السنة الخامسة فهي مرحلة تكوين الجملة الكاملة، ويشير زهران (١٩٨١) إلى أن حصيلة الطفل اللغوية في سن السادسة قد تصـل إلى حوالي ٢٥٠٠ كلمـة، أمـا عويدات (١٩٧٧) فقد أشار في دراسته عن «المفـردات الشـائعـة لدى الأطفال العاديين الأردنيين في الريف والبادية عند دخولهم المـدرسة الابتدائية» في عينة مؤلفة من (٢٤٢) طفلاً إلى أن الحصيلة اللغوية للطفل الأردني عند دخوله المدرسة الابتدائية بلغت (٤٧٤٦) كلمة، أما يونس (١٩٧٤) فقد

أشار في دراسته عن الكلمات الشائعة في كلام الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية في مصر، وعلى عينة مؤلفة من (٢٤٠) طفلاً إلى أن مجموع الكلمات المختلفة لعينة الصف الأول الابتدائي ١١٨٥ كلمة.

يتأثر النمو اللغوي بعدد من العوامل هي، كما حددها فتزجيرلد (Fitzgerald, 1977) :

١ - الجنس (Sex) : إذ يلاحظ أن الإناث أسرع في نموهن اللغوي من الذكور.

٢ - العـوامل الأسرية (Family Factors) : ويقصد بذلك ترتيب الطفل في الأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة، فالطفل الوحيد في الأسرة أكثر ثراء في محصوله اللغوي مقارنة مع الأطفال العديدين، ويؤكد كذلك ما توصلت إليه دراسة عويدات (١٩٧٧)، والتي بينت أن متـوسط الكلمـات الجارية للطفل الأول في الأسرة هو (٨٩٨,٦) كلمة في حين أن متوسط الكلمات الجارية للإخوة الباقين هو (٦٨٥,٦) كلمة، كما أن أطفال المؤسسات والملاجىء أقل محصولاً من الناحية اللغوية مقارنة مع الأطفال الذين يتربون في أسرهم بسبب قلة خبراتهم واتصالهم مع الآخرين وإهمالهم أحياناً.

٣ - الوضع الصحي والحسي للفرد (Physical - Sensory Position) : ويقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمية والحسية للفرد وعلاقتها بالنمو اللغوي، إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية السمعية والبصرية والنطقية للفرد.

٤ - وسـائل الإعلام (Communication Media) : ويقصد بذلك أهمية دور وسائل الإعلام كالإذاعة والصحافة والتلفزيون . . . الخ في زيادة المحصول اللغوي للطفل.

٥ - عملية التعلم (Learning Process) : ويقصد بذلك أن عملية التعلم وما تتضمنه من قوانين التعزيز والاستعمال والإهمال تلعب دوراً مهماً في تعلم اللغة.

٦ ـ القـدرة العقلية (Intellecutal Ability) : ويقصـد بذلك أن أهمية القدرة العقلية (الذكاء) في النمو اللغوي للطفل، فالطفل الذي يتميز بذكاء عال يفوق الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً في محصوله اللغوي، كما يتميز باكتسابه للغة في عمر زمني مبكر مقارنة مع الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، كما تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل العادي في نهاية السنة الأولى من العمر، في حين تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل المعوق عقلياً في نهاية السنة الثالثة تقريباً، وهذا ما تؤكده الدراسات حول أهمية القدرة العقلية في النمو اللغوي.

مظاهر اضطرابات اللغة:

تتعدد مظاهر الاضطرابات اللغوية، وذلك تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية إليها، فهناك بعض الاضطرابات اللغوية المرتبطة بالقدرة على إصدار الأصوات وتشكيلها، ومع ذلك فيمكن ذكر المظاهر التالية للاضطرابات اللغوية بشكل عام كما يذكرها هلهان (Hallahan, 1981)، وليرنر (Learner, 1976) وهيوارد (Heward, 1980)، وكيرك (Kirk, 1972).

١ ـ **اضطرابات النطق (Articulation Disorders)**، وتشمل المظاهر التالية:

أ ـ الحـذف (Omission) : ويقصد بذلك أن يحذف الفرد حرفاً أو أكثر من الكلمة، (خوف بدلاً من كلمة خروف)، وتعتبر ظاهرة الحذف أمراً طبيعياً ومقبولاً حتى سن دخـول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد، فالفرد الذي يكثر من مظاهر الحذف للكلمات المنطوقة، يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ب ـ الإبـدال (Substituttion) : ويقصـد بذلك أن يبدل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة (ستينة بدلاً من كلمة سكينة، وحشن بدلاً من كلمة شحن) وتعتبر ظاهرة إبدال الحروف في الكلمة أمراً طبيعياً، ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر، فالفرد الذي يكثر من مظاهر الإبدال للكلمات

المنطوقة يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

جـ ـ الإضـافة (Additions) : ويقصد بذلك أن يضيف الفرد حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة (لعبات بدلاً من كلمة لعبة)، وتعتبر ظاهرة إضافة الحروف للكلمات أمراً طبيعياً ومقبـولاً حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر، فالفرد الذي يكثر من مظاهر الإضافة للكلمات المنطوقة، يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

د ـ التشويه (Distortions) : ويقصد بذلك أن ينطق الفرد الكلمات بالطريقة المألوفة في مجتمع ما، وتعتبر ظاهرة التشويه في نطق الكلمات أمراً مقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر، فالفرد الذي يكثر من مظاهر تشويه نطق الكلمات يعاني من مظهر ما من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

٢ ـ **اضـطرابات الصوت (Voice Disorders)** : ويقصد بذلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجة الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه، أو انخفاضه، أو نوعيته، وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

٣ ـ **اضـطرابـات الكـلام (Speech Disorders)** : ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته، وسرعته ونغمته وطلاقته، وتشمل اضطرابات الكلام المظاهر التالية:

أ ـ ظاهرة التأتأة في الكلام (Stuttering) : وفي هذه الحالة يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عدداً من المرات، أو يتردد في نطقه عدداً من المرات ويصاحب ذلك مظاهر جسمية انفعالية غير عادية، مثل تعبيرات الوجه، أو حركة اليدين.

ب ـ ظاهرة السرعة الزائدة في الكلام (Cluttering) : وفي هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، ويصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية أيضاً، مما يؤدي إلى صعوبة فهم المتحدث، ومشكلات في الاتصال الاجتماعي.

جـ ـ ظاهـرة الوقوف أثناء الكلام (Blocking) : وفي هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام، بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية، مما يشعر السامع بأنه انتهى من كلامه، مع أنه ليس كذلك، وتؤدي اضطرابات الكلام أياً كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

٤ ـ **اضـطرابات اللغة (Language Disorders)** : ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخيرها أو سوء تركيبها من حيث معنـاهـا وقـواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها، وعلى ذلك تشمل اضطرابات اللغة المظاهر التالية:

أ ـ تأخر ظهور اللغة (Language Delay) : وفي هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها، وهو السنة الأولى من عمر الطفل، بل قد تتأخر ظهـور الكلمـة الأولى إلى عمر الثانية أو أكثر، ويترتب على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي المحصول اللغوي للطفل، وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

ب ـ فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها (Aphasia) : وفي هذه الحالة لا يستطيع الـطفل أن يفهم اللغة المنطوقة، كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظياً بطريقة مفهومة، ويمكن أن نميز بين نوعين من حالة الأفازيا، الأولى هي فقدان القدرة على فهم اللغة، أو إصدارها، المكتسبة (Acquired Aphasia) والتي تحدث للفرد بعد عملية اكتساب اللغة، والثانية، وهي الحالة التي تحدث للفرد قبل اكتسابه اللغة، ويتـرتب على إصـابـة الفـرد بهذه الحالة مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخـرين، وفي التعبير عن الـذات، وفي المحصـول اللغـوي للفرد فيما بعد، وتصاحب مثل هذه المشكلات آثار انفعالية سلبية على الفرد نفسه.

جـ ـ صعوبة الكتابة (Dysgraphia) : وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها، والمتوقع كتابتها ممن هم في عمره الزمني، فهو

يكتب في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه .

د - صعـوبة التذكر والتعبير (Dysnomia & Apraxia) : ويقصد بذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثم التعبير عنها، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أية مفردة بدلاً من تلك الكلمة .

هـ - صعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Echolalia/ Agnosia) : ويقصد بذلك صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها .

و - صعـوبة القراءة (Dyslexia) : وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح المادة المكتوبة ، والمتـوقع قراءتها ممن هم في عمره الزمني ، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه .

ز - صعـوبـة تركيب الجملة (Language Deficit) : ويقصـد بذلـك صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد اللغة ومعناها، لتعطي المعنى الصحيح ، وفي هذه الحالة يعاني الطفل من صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب .

نسبة الاضطرابات اللغوية :

تختلف نسبـة الأفـراد ذوي الاضـطرابـات اللغـوية تبعاً لاختلاف الدراسات أو الأبحـاث التي أجـريت حول موضوع نسبة الاضطرابات اللغوية ، من حيث أنواعها، وأسبابها ، وعلي سبيل المثال يقدر مكتب التربية في الولايات المتحدة الأميركيّة نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية في المجتمع الأميركي بحوالي ٣,٥٪ وتظهر دراسة أجراها بيركن (Perkin, 1971 أن نسبة أطفال المدارس ممن يعانون من اضطرابات في الكـلام تتـراوح من ١٪ إلى ٣٪ ، في حين يشير جلسب وآخرون (Gillespe et al, 1973) إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الصوت بحوالي ١٪ إلى ٢٪ ، وإن ١٪ من طلبة المدارس يعانون من شكل من أشكال التأتاة ، وأشارت الدراسة التي أجراها هل وزمـلائـه (Hull et al, 1971) والمتعلقـة بمسـح المشكلات اللغوية في الولايات

المتحـدة، على ٣٩ ألف طفـل إلى تناقص المشكلات اللغوية المتعلقة بالنطق لدى الأطفال كلما تقدموا في العمر (Hallahan et al, 1981) .

أما كيرك (Kirk, 1972) ، فيشير إلى دراسات أجريت أيضاً في الولايات المتحدة الأمريكية حول نسبة الأفراد ذوي المشكلات اللغوية، ومن تلك الدراسات الدراسة التي أجرتها الجمعية الأميركيّة للسمع والكلام (American Speech and Hearing Association, 1952) على عينة مقدرة بحوالي أربعين مليوناً، من الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٥ سنوات إلى ٢١ سنة، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما نسبته ٥٪ من تلك العينة، تعاني من مظهر ما من مظاهر اضطرابات النطق واللغة، وإن أعلى نسبة من نسب الاضطرابات اللغوية، هي نسبة ذوي المشكلات النطقية، إذ بلغت تلك النسبة ٣٪، ومن الدراسات التي يذكرها هيوارد وزميله (Heward, et al, 1980)، تلك الدراسة التي أجـراها سيران وزميله (Suran and Risso, 1979) ، والتي تشير إلى أن ٥٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأميركية تعاني من اضطرابات لغوية، أي حوالي ٢ ـ ٣ مليون من الأطفـال الأميركيين، وفي الأردن تذكر أبو غزالة (١٩٨٦)، دراسة مسحية لحـالات اضـطرابات اللغة في مدارس وزارة التربية والتعليم في الأردن للعام الدراسي ٨٢/ ٨٣، وأشارت تلك الدراسة المسحية إلى أن عدد حالات الطلبة ذوي المشكلات النطقية هو ٩٤ حالة.

أسباب الاضطرابات اللغوية:

تتعـدد الأسباب المؤدية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، إلى شكل ما من أشكال الاضطرابات اللغوية، إذ ترتبط الاضطرابات اللغوية بأسباب نفسية، وأخرى جسمية، أو حسية، أو بإعاقة ما، كالإعاقة العقلية، أو السمعية، أو صعوبات التعلم، وعلى ذلك، يمكن تقسيم أسباب الاضطرابات اللغوية إلى ما يلي:

١ ـ الأسبـاب الـوظيفـة أو النفسية (PsychologicalCauses) ويقصـد بذلـك تلك الأسبـاب المـرتبطة بأساليب التنشئة الأسرية والمدرسية، وخاصة تلك الأساليب

القائمة على أساليب العقاب بأشكاله، وخاصة العقاب الجسدي، وعلى فليس من المستغرب أن نلاحظ العلاقة الارتباطية بين مظاهر الاضطرابات اللغوية، كالتأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام والتعلثم وبين أساليب التنشئة الأسرية أو المدرسية، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى العلاقة الواضحة بين مظاهر الاضطرابات اللغوية وسوء التكيف الأسرى، أو المدرسي، مثل دراسة روسية وزملائه (Rousey et al. 1971, 1965) ودراسة ڤان ريبر (Van Riper, 1971, 1972) وقد أشارت بعض النظريات مثل نظرية التحليل النفسي، والسلوكية، إلى كيفية ظهور ظاهرة التأتأة لدى بعض الأفراد، وكيفية تعلمها.

٢ ـ الأسباب العصبية (Neurological Causes) ويقصد بذلك تلك الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، وما يصيب ذلك الجهاز من تلف ما أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة، إذ يعتبر الجهاز العصبي المركزي مسؤولاً عن الكثير من السلوك، ومنها النطق واللغة، ولذا فإن أي خلل يصيب هذا الجهاز لا بد وأن يؤدي إلى مشكلات في النطق واللغة، وعلى سبيل المثال تظهر الاضطرابات اللغوية بشكل واضح لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (Cerebral Palsy)، وذلك بسبب وجود تلف ما في الدماغ (Brain Damage)، وتظهر آثار ذلك واضحة في صعوبة تحريك الفكين والشفتين واللسان وحتى الهواء اللازم، لعملية النطق، هذا بالإضافة إلى أثر تلف الدماغ على القدرات العقلية الإدراكية، ولذا فليس من المستغرب أن يواجه معظم الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مشكلات واضحة في النمو اللغوي.

ومما يدلل على آثار الأسباب العصبية على المشكلات اللغوية، حالة فقدان القدرة على النطق (Aphasia)، والتي تعود إلى أسباب مرتبطة بتلف ما أو إصابة ما للدماغ، وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia) والكتابة (Dysgrphia) وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Agnosia) وصعوبة تركيب الجمل من حيث قواعد اللغة ومعناها (Language Dificit)، إذ تمثل تلك الحالات مظاهر رئيسية لصعوبات

التعلم، والتي تعتبر إصابة الدماغ فيها سبباً رئيسياً من أسبابها (راجع أسباب صعوبات التعلم، ومظاهرها، ص١٦٦، ١٧٢).

٣ - الأسباب المرتبطة بإعاقات أخرى (Causes Associated with other Handicaps) ويقصد بذلك أن الاضطرابات اللغوية ظاهرة مميزة لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والسمعية، والانفعالية، وصعوبات التعلم، وقد تتعدد الأسباب المؤدية إلى مثل هذه الإعاقات (راجع أسباب الإعاقة العقلية، والسمعية، والانفعالية وصعوبات التعلم)، ولكن الكثير من مظاهر اضطرابات النطق واللغة مرتبطة بتلك الإعاقات، فعلى سبيل المثال تمثل ظاهرة تأخر ظهور اللغة (Language Delay) وظاهرة التوقف أثناء الكلام (Blocking) أو الكلام بصوت غير مسموع، وقلة المحصول اللغوي، وسوء تركيب الجملة، من المظاهر المميزة لحالات الإعاقة العقلية وخاصة حالات الإعاقة العقلية الشديدة، في حين تمثل ظاهرة الصعوبة في الاستقبال والتعبير اللغوي (Receptive and Expressive Language)، وظاهرة قلة المحصول اللغوي، وظاهرة غياب اللغة، من المظاهر المميزة لحالات الإعاقة السمعية، وخاصة حالات الإعاقة السمعية الشديدة، في حين تمثل مظاهر صعوبة فهم اللغة وتذكرها (Echolalia) وظاهرة التأتأة والفأفأة والسرعة الزائدة في الكلام والإضافة، والإبدال، والحذف والتشويه للغة، وتعبيرات الوجه والجسم غير العادية أثناء الكلام، وقلة المحصول اللغوي والأكاديمي بشكل عام، مظاهر مميزة لحالات الإعاقة الانفعالية وخاصة حالات الإعاقة الانفعالية الشديدة، وأخيراً تمثل حالات صعوبات القراءة والكتابة، وسوء تركيب الجملة، مظاهر مميزة لحالات صعوبات التعلم.

٤ - الأسباب العضوية (Organic Causes) : تعتبر سلامة الأجهزة العضوية المسؤولة عن إصدار الأصوات ونطقها، مثل الحنجرة ومزمار الحلق والفكين، والأنف، والشفتين والأسنان، واللسان . . . الخ شرطاً رئيسياً من شروط سلامة الفرد من

الاضطرابات اللغوية، وخاصة إذا لم يعاني الفرد من أشكال أخرى من الإعاقة، كالإعاقة العقلية، أو السمعية، أو الانفعالية أو صعوبات التعلم، أو الشلل الدماغي، وعلى ذلك فإن أي خلل في سلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق واللغة يؤدي بالتالي إلى خلل واضح في سلامة اللغة وخلوها من الاضطرابات، سواء كان ذلك متعلقاً بالقدرة على النطق أو الصوت أو اللغة نفسها، ومن الحالات المعروفة والمؤدية إلى شكل ما من أشكال الاضطرابات اللغوية الحالة المعروفة بحالة الشفة الشرماء (Cleft Lip) وحالة سقف الحلق المشقوق (Cleft Palate) ، وقد يواجه الفرد في مثل هذه الحالات مشكلات في نطق بعض الحروف مثل الحروف: ج، ل، ت، ط، د، ب، ف، ت، كما يواجه الفرد في حالات اضطرابات حركة اللسان، مشكلات في نطق الحروف التالية: ت، ذ، ط، ر، في حين يواجه الفرد في حالات اضطرابات تناسق الأسنان مشكلات في الحروف التالية: ز، س، ي، ف، ذ، ز.

قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية:

تتلخص عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية في ثلاثة مراحل أساسية متكاملة هي:

المرحلة الأولى: مرحلة التعرف المبدئي (Screenig) على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية:

وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات، والمعلمون والمعلمات، مظاهر النمو اللغوي، وخاصة مدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام،أو قلة المحصول اللغوي . . . الخ وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمين والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

المرحلة الثانية: مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي (Physical Diagnosis) للأطفال ذوي المشكلات اللغوية:

وفي هذه المـرحلة، وبعـد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة (ENT Doctors)، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي، وذلـك لمعـرفـة مدى سلامـة الأجـزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق واللغة، كالأذن، والأنف، والحبال الصوتية، واللسان والحنجرة . . . الخ.

المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة (Diagnosis of other Abilities) للأطفال ذوي المشكلات اللغوية:

وفي هذه المـرحلة، وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضـطرابـات العضـوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت قبل قليل، وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها. ويستخدم ذوو الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية، أو السمعية، أو الشلل الـدمـاغي، أو صعـوبات التعلم (راجع طرق قياس وتشخيص الإعاقة العقلية ص ٩١، الإعاقة السمعية ص١٣٨، الشلل الدماغي ص٢٣٠، صعوبات التعلم ص١٧٤).

المرحلة الرابعة: مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية (Diagnosis of Languag Disorders) للأطفال ذوي المشكلات اللغوية:

وفي هذه المرحلة، وعلى ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الأخصائي في قياس

وتشخيص الاضطرابات اللغوية (Linguistics Specialist) مظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال:

١ ـ اختبار الينوى للقدرات السيكولغوية (Illinois Test of Psycholinguistic Abilit-ies) والذي يتكون من اثني عشر اختباراً فرعياً، ويصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من سن الثانية وحتى سن العاشرة (راجع قياس وتشخيص صعوبات التعلم ص١٧٨).

٢ ـ اختبار مايكل بست لصعوبات التعلم (Behavioral Characteristics of Le-arning Disabled Children, by Myklebust, 1969) ويتكون هذا الاختبار من ٢٤ فقرة موزعة على خمسة أبعاد، وقد تم تطوير هذا المقياس على عينة أردنية (راجع قياس وتشخيص صعوبات التعلم ص١٨٠).

٣ ـ مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً: (Language Skills Scale) ويتألف هذا المقياس من ٨١ فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:

أ ـ الاستعداد اللغوي المبكر.
ب ـ التقليد اللغوي المبكر.
جـ ـ المفاهيم اللغوية الأولية.
د ـ اللغة الاستقبالية.
هـ ـ اللغة التعبيرية.

وقد استخرجت لهذا المقياس دلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة الأردنية (الروسان، جرار، ١٩٩٥) وهناك اختبارات أخرى يذكرها كومبتن (Compton, 1980) هي:

١ ـ اختبارات ديترويت للاستعداد للتعلم: (Detroit Tests of Learning Aptitude, 1967).

٢ - اختبارات سلنقرلاند للتعرف المبدئي على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحددة: (Slingerland Screening Tests for Identifying Children With Specific Language Disability, 1974).

٣ - اختبار فشر-لوقمان للكفاية النطقية: (The Fisher - Logemann Test of Articul-ation Competence, 1971).

٤ - اختبار الاستيعاب السمعي للغة: (Test for Auditory Comprehenstion of Language by Corrow E. 1973, 1977).

٥ - مقياس كومبتن الصوتي: (Compton - Hutton Phonological Assessment, 1978).

الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية :

هل تؤثر الاضطرابات اللغوية على الخصائص السلوكية للأطفال أو الأفراد ذوي المشكلات اللغوية؟ وما هي مظاهر ذلك التأثير؟ فهل هو في مظاهر قدراتهم العقلية؟ أو التحصيلية، أو الاجتماعية؟ تتضح الأجابات عن مثل تلك الأسئلة إذا ما استعرضنا الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية، والتي يمكن تصنيفها في الخصائص التالية :

١ - الخصائص العقلية :

ويقصد بالخصائص العقلية، أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة، مثل مقياس ستانفورد بينية أو وكسلر، ويشير هلهان وزميله كوفمان (Halahan & Kauffman, 1981) إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة العقلية، مقارنة مع العاديين المتناظرين في العمر الزمني، وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل ذلك الاستنتاج، إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل

الدماغي يجعل ذلك الاستنتاج صحيحاً إلى حد ما، وعلى ذلك فليس من المستغرب أيضاً أن نلاحظ تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على اختبارات التحصيل الأكاديمي، مقارنة مع العاديين، خاصة إذا أضفنا أثر العوامل النفسية والاجتماعية في تدني التحصيل الأكاديمي لديهم.

٢ ـ **الخصائص الانفعالية والاجتماعية:**

ويقصد بالخصائص الانفعالية والاجتماعية، تلك الخصائص المرتبطة بموقف ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم، ومن موقف الآخرين منهم، وبسبب ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي، فليس من المستغرب أن نلاحظ تماثل خصائص ذوي الاضطرابات اللغوية مع خصائص الأطفال الذين يمثلون تلك الإعاقات من النواحي الانفعالية والاجتماعية، وإذا ما تذكرنا الأسباب النفسية المؤدية إلى الاضطرابات اللغوية، فيمكن ذكر الخصائص الانفعالية والاجتماعية لدى الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية مثل الشعور بالرفض من الآخرين، أو الانطواء، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، أو الاحباط، والشعور بالفشل، أو الشعور بالنقص، أو بالذنب أو العدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين، أو العمل على حماية أنفسهم بطريقة مبالغ فيها أو ما يعبر عنه باسم الحماية الزائدة.

البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية:

يقصد بالبرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية طرق تنظيم برامج الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وتحديد نوعية تلك البرامج، وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من أقدم تلك البرامج، حيث تقدم لهؤلاء الأطفال (والذين يمثلون في الغالب الإعاقة العقلية، أو السمعية أو الانفعالية، أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم)، برامج صحية واجتماعية وتربوية في نفس المراكز، يلي ذلك مراكز التربية الخاصة النهارية، ثم الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، ثم

دمج الطلبة ذوي المشكلات اللغوية في الصفوف العادية، وهو ما يمثل الاتجاه التربوي الحديث في تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، ومهما كان شكل تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، فلا بد وأن تتضمن تلك البرامج المهارات الأساسية التالية في تعليمهم وهي:

١ ـ مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من قبل أخصائيين في تعليم اللغة واضطراباتها، ويطلق على هذا الأخصائي مصطلح (Speech Therapist) وتبدو مهمة هذا الأخصائي في قياس وتشخيص مظاهر اضطرابات النطق واللغة ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منهم.

٢ ـ مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادىء تعديل السلوك وأساليبه، ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساساً على أساليب تعديل السلوك، والممثلة في أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي أو العقاب أو تشكيل السلوك أو التقليد . . . الخ.

٣ ـ مهارة اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها، وتبدو مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية العمل ومع الطلبة أنفسهم على اختبار الموضوعات المحببة أو المشوقة للأطفال، إذ يعمل ذلك على تشجيع الأطفال على الحديث عن تلك الموضوعات، كما يعمل على تخفيف التوتر الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية.

٤ ـ مهارة استماع معلم الأطفال ذوي المشكلات اللغوية لحديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبول هؤلاء الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، وخاصة الأطفال ذوي المشكلات اللغوية المتمثلة في التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام.

٥ ـ مهارة تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، وخاصة مشكلات التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام، على الحديث أمام الآخرين، وبفواصل زمنية محددة بين كل كلمة وأخرى.

٦ - مهارة تقليد نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة، ويقصد بذلك تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح، أو العمل على تقليد النماذج الكلامية الصحيحة، وتعزيزها، وخاصة إذا ما استخدم أسلوب تحليل المهارات والمصحوب بالتعزيزات الإيجابية.

٧ - مراعاة مهارات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والسمعية، والانفعالية والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، والذين يظهرون اضطرابات لغوية وخاصة فيما يتعلق باستخدام الايحاءات أو الإشارات، أو النماذج الكلامية والتي مر ذكرها عند الحديث عن البرامج التربوية لذوي الإعاقة العقلية، والسمعية، والانفعالية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم.

□□□□□

الفصل التاسع

الإعاقة الحركية

- مقدمـــــــة.
- مظاهر الإعاقة الحركية وأسبابها.
- نسبة الإعاقة الحركية.
- قياس وتشخيص الإعاقة الحركية.
- الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً.
- البرامج التربوية للمعوقين حركياً.

الفصل التاسع
الإعاقة الحركية

مقدمـــــــة :

يمثل النمو الحركي للفرد مظهراً رئيسياً من مظاهر النمو الجسمي ، إذ تبدأ مظاهر النمو الحركي للفرد منذ مرحلة ما قبل الميلاد ومنذ أواسط الشهر الرابع تقريباً، وتستمر المـظاهـر في مرحلة ما بعـد الـولادة، وتبـدو في مص ثدي الأم، وتحريك الذراعين والساقين، وتحريك الرأس، والحبو والزحف، والجلوس والوقوف، والمشي، والركل، وصعود ونزول الدرج، والقفز، والجري، والقبض على الأشياء بدقة مثل استخدام القلم، أو حمل فنجان أو استخدام الفرشاة . . . الخ .

ويعتبـر النمـو الحـركي عاملًا أساسياً ومهماً من عوامل النمو العقلي والانفعالي والاجتمـاعي، إذ يســاهم النمـو الحـركي للفـرد في أنشـطتـه العقلية والاجتمـاعية والانفعالية .

تقسم مظاهـر النمـو الحـركي إلى قسمين رئيسين، يمثـل القسم الأول منهـا، المهـارات الحـركية العـامـة (Gross Motor Skills) في حين يمثل القسم الثاني منها المهارات الحركية الدقيقة (Fine Motor Skills) ، كما يتأثر النمو الحركي للفرد بعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية وسلامة الجهاز العصبي، والأطراف، والعمود الفقري، والتغذية، والتمارين الرياضية، والعوامل الجغرافية، والمناخية، . . . الخ .

ويسير النمو الحركي للفرد بطريقة طبيعية وسوية، إلا أن هناك عوامل تؤدي إلى خلل ما في مظاهر النمو الحركي للفرد، وهذا هو موضوع هذا الفصل.

مظاهر الإعاقة الحركية ونسبتها:

تعريف الإعاقة الحركية:

تمثل الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية، التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة، ومنها، حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن أو ضمور العضلات، والتصلب المتعدد، والصرع .. الخ. وفيما يلي وصف موجز لكل منها:

الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) :

تمثل حالات الشلل الدماغي مظهراً رئيسياً من مظاهر الإعاقة الحركية، وهي ليست بالحالة المعدية، ولكنها تمثل شكلاً ما من أشكال الشلل الحركي المرتبطة بتلف في الدماغ أو خلل فيه (Brain Damage) ، أما المظاهر المشتركة في أنواع الشلل الدماغي فتبدو في:

١ ـ الشلل الحركي (Motor Paralysis) .

٢ ـ الضعف الحركي (Motor Weakness) .

٣ ـ ضعف التآزر الحركي (Motor Incoordination) .

٤ ـ الاضطراب الحركي(Motor Dysfunction) كالحركات غير الإرادية (Athetosis).

ويصنف هلهان وكوفمان (Hallahan & Kuaffman, 1981) الشلل الدماغي إلى

أنواع، حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي، ومنها:

١ - الشلل النصفي الطولي (Hemiplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.

٢ - الشلل النصفي العرضي (Diplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.

٣ - شلل الأطراف (Quadriplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.

٤ - الشلل النصفي السفلي (paraplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من الجسم.

٥ - شلل طرف واحد (Monoplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل طرف واحد من أطراف الجسم.

٦ - شلل ثلاث أطراف (Triplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم.

٧ - الشلل الكلي: (Double Hemiplegia) : وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً.

وتعتبر الإصابة بتلف الدماغ سبباً رئيسياً لحالات الشلل الدماغي، وقد تحدث الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو وراثي، ومنها ما هو قبل أو أثناء أو بعد الولادة، حيث تمثل أسباب ما قبل الولادة تلك الأسباب الجينية، وإصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية وخاصة الزهري، والحصبة الألمانية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وسوء التغذية، والصدمات الجسمية، والعصافير والأدوية، وتسمم الحمل، أما أسباب أثناء الولادة فتبدو في نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة (Anoxia)، وصعوبة عملية الولادة، في حين تتمثل أسباب ما بعد الولادة في ارتفاع درجة الحرارة،

والالتهابات، والصدمات الجسمية . . . الخ . وبالرغم من صعوبة حصر الأسباب المؤدية إلى حالة تلف الدماغ، فإن مثل هذه الحالات تكثر في البيئات المتوسطة والفقيرة، إذ تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي حالات من الإعاقة العقلية أو غيرها.

اضطرابات العمود الفقري (Spina Bifida) :

تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهراً آخر مميزاً من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل بهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد باضطرابات العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود الفقري، وتبدو مظاهر ذلك، كما يذكرها بليك (Bleck, 1975) ، فيما يلي :

١ - تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها (Spina Bifida Occulta) .

٢ - بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم (Spina Bifida with Meningocele) .

٣ - بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية وتعرف هذه الحالة باسم (Spina Bifida with Meningomyelocele) .

وقد ترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري بحالات أخرى مثل حالة استسقاء الدماغ (Hydrocephalus) والتي تمثل شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية (راجع تصنيفات الإعاقة العقلية ص٨٠)، كما قد ترتبط بحالات التهابات الدماغ أو العمود الفقري (Meningitis) ، وتعتبر أسباب اضطرابات العمود الفقري غير معروفة.

وهن أو ضمور العضلات (Muscular Dystrophy) :

تمثل حالات وهن أو ضمور العضلات شكلاً آخر من أشكال الإعاقة الحركية وذلك لما يتصل بهذه الحالات من خلل واضح في القدرة الحركية للفرد، ويقصد بوهن

أو ضمور العضلات، ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القدمين ويستمر تدريجياً نحو منطقة الرأس أو العكس، وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات واضمحلالها التدريجي، والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة، وغالباً ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك، وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان إلى آخر، وقد تصاحب مثل هذه الحالات بحالة من الإعاقة العقلية، وتعتبر حالات وهن العضلات من الحالات الوراثية، والتي يصعب علاجها. ويذكر بليك (Bleck, 1975) وزميله، أنواعاً من حالات وهن العضلات، والتي تبدو مظاهرها الأولية في صعوبة الوقوف، وكثرة الوقوع على الأرض عند المشي، وفي انحناء الأكتاف، أو في صعوبة الوقوف على رؤوس أصابع القدمين، . . . إلخ، أما الأعراض التي تحدث فيما بعد، والتي تدلل على حالة وهن العضلات فتبدو في ضعف عضلات الوجه والكتفين والذراعين والساقين والتي تمثل الحالة المسماة (The Facio - Scapulo - Humeral Muscular Dystrophy) كما تبدو في حالات ضعف القدمين ثم الساقين ثم الذراعين، والتي تمثل الحالة المسماة(Duchene Muscular dystrophy) .

التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) :

تمثل حالات التصلب المتعدد شكلاً آخر من أشكال الإعاقة الحركية، وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات، وتشنجها، وصعوبة المشي، والكلام، ومشكلات حسية انفعالية أخرى. وتصيب مثل هذه الحالات الأفراد في عمر المراهقة وما بعدها، وتعتبر هذه الحالة من الحالات المزمنة والتي يصعب علاجها ، أما أسباب هذه الحالة فهي غير معروفة تماماً، والتي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي.

الصرع (Epilepsy) :

تمثل حالات الصرع شكلاً آخر من أشكال الإعاقة الحركية، وتبدو مظاهر هذه الحالة في عدد من الأعراض المفاجئة غير الإرادية التي تظهر على الفرد، مثل شحوب

الوجه واختلاف توازن الجسم، والوقوع على الأرض، والارتعاش، وتصلب الجسم، وخروج الزبد من الفم، وصعوبة التنفس، وصعوبة ضبط عملية التبول، أو إيذاء الذات أحيانـاً ومن ثم النوم العميق، وتقسم أعراض الصرع إلى نوعين رئيسيين هما حالات الصرع الكبرى (Grand Mal Sizure) وحالات الصرع الصغرى (Petit Mal Sizure) ، وقد تستمر حالات الصرع الكبرى لمدة تتراوح من دقيقتين إلى خمس دقائق، في حين تستمر حالات الصرع الصغرى لمدة أقل من ذلك بكثير.

تظهـر حالات الصرع لدى الفرد عندما تزيد الطاقة الكهربائية في الدماغ وذلك بسبب إصابة الدماغ أو تلفه (Brain Damage) ، وقد تحدث حالات إصابة الدماغ لأكثر من سبب مثل نقص الأكسجين أو التسمم، أو صدمات الولادة، أو الالتهابات.

شلل الأطفال (Polimyeitis) :

يعتبر شلل الأطفال شكلاً آخر من أشكال الإعاقة الحركية، إذ تؤدي الإصابة بهذا المـرض إلى اضـطراب النمو الحركي للفرد، وتحدث مثل هذه الحالة نتيجة لفيروس الشلل الذي يصيب الدماغ، أو الخلايا الحركية في العمود الفقري، وتبدو مظاهر هذه الحالة في الضعف العام، أو التشنج، والشلل العام، وقد لا يؤدي فيروس مرض الشلل هذا إلى الإعاقة العقلية، ولذا فقد يلتحق الأطفال المصابون بهذا المرض في المدارس العادية، وقد تناقص عدد حالات الأطفال المصابين بشلل الأطفال اليوم وذلك بسبب اكتشاف المطاعيم المضادة لهذا الفيروس، والذي يعطي للأطفال عادة في سن مبكرة.

مظاهر أخرى للاضطرابات الجسمية:

تنـدرج تحت هذا العنـوان مظاهر أخرى للاضطرابات الجسمية والتي قد تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى اختلال النمو الحركي السوي للفرد، ومن هذه المظاهر:

١ ـ السكري (Diabetes) : وهو مرض وراثي، وفيه يعاني المصاب من ارتفاع نسبة السكر في الدم وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين والذي مهمته مساعدة خلايا

الجسم على امتصاص السكر من الدم، ويترتب على ذلك صعوبة امتصاص السكر في خلايا الجسم، ومنها شبكية العين، مما يؤدي إلى فقدان البصر التدريجي (راجع ٣ - أسباب الإعاقة البصرية ص١١٤)، كما قد تؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى أعراض أخرى مثل الميل إلى التراخي والكسل، وضعف النشاط الحركي.

٢ - التهاب المفاصل (Arthritis) : وهو من الأمراض الجسمية والتي يصعب تحديد أسبابها، والتي تبدو في عدد من المظاهر، مثل، ألم المفاصل، والأطراف، والتهابها ، وتشنجها، وقد تحدث مثل هذه للفرد في أي عمر.

٣ - الربو (Asthma) : وهو مرض مزمن يبدو في صعوبة عملية التنفس لدى الفرد، وقد يحدث ذلك نتيجة لعدد من الأسباب النفسية والفسيولوجية.

٤ - مرض السل (Tuberculosis) : وهو من الأمراض الجسمية التي تنتج عن بكتيريا السل والتي قد تصيب الأفراد في أي عمر، ومن مظاهرها، إصابة الرئتين وأجزاء أخرى من الجسم، وقد تؤدي في النهاية إلى شكل ما من أشكال الإعاقة الحركية.

نسبة الإعاقة الحركية:

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث . . . الخ وفي الولايات المتحدة الأميركيّة يقدر مكتب التربية نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية بحوالي ٠,٥٪ أي حوالي ٣٢٨,٠٠٠ طفلاً من أطفال الولايات المتحدة الأميركية حسب إحصاء ١٩٧٥، (Heward & Orlansky, 1980) حيث تشكل نسبة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أعلى نسب الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية.

وفي الأردن، يشكل الأفراد المعاقون حركياً نسبة عالية من مجموع المعاقين، إذ يشير التقرير الصادر عن صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني (١٩٧٩) حول موضوع تسجيل المعاقين في الأردن، إلى أن عدد المعاقين حركياً هو ٦٤٧٩ معاقاً ويشكل ذلك العدد ما نسبته ٣٤,٣٪ من مجموع المعاقين في الأردن، كما تشير نشرة صادرة عن مؤسسة العناية بالشلل الدماغي في عمان (١٩٨٦) إلى أن عدد الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والذين راجعوا المؤسسة منذ عام ١٩٧٨ وحتى ١٩٨٦ بلغ ٢٥٨٠ طفلاً.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية:

يتم التعرف إلى الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من قبل فريق من الأطباء المختصين بالأطفال، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من خلال الفحوصات الطبية اللازمة، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئة، ومظاهر النمو الحركي، ومن ثم تقديم العلاج المناسب، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية.

الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً:

تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية، كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع والدرجة مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى، وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا، وعلى ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية أن يجد خصائص سلوكية عامة للمعوقين حركياً، وعلى ذلك فسوف نشير هنا إلى بعض الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي والسمات الشخصية، بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية، وعلى سبيل المثال، فقد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى أخرى من فئات

الاضطرابات الحركية، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد، اتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتوفر الفرص التربوية المناسبة.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية، ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، الدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

البرامج التربوية للمعوقين حركياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين حركياً طرائق تنظيم تعليم وتربية المعوقين حركياً، وبالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين حركياً حسب نوع الإعاقة ودرجتها، فيمكن أن تميز البرامج التربوية التالية للمعوقين حركياً:

١ ـ مركز الإقامة الكاملة: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، بحيث تقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

٢ ـ مراكز التربية الخاصة النهارية: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة الحالات المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية

تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

٣ـ برامج الدمج الأكاديمي: وتناسب مثل هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو السل، أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة، وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة (Ramps) وإزالة العوائق (Barriers Free) البنائية.

وبغض النظر عن نوعية البرامج التربوية المقدمة للأطفال المعاقين حركياً فإنه من الضروري التركيز على عدد من المهارات الحركية والرياضية المناسبة، سواء أكان ذلك في مراكز الاقامة الكاملة أو مراكز التربية الخاصة أو الصفوف الخاصة في المدارس العادية، ومن أهم تلك المهارات والتي يذكرها الروسان (١٩٩١) :

- مهارات التحكم بحركة الرأس.
- مهارات الاستلقاء/ الاستدارة/ تغير وضع الجسم.
- مهارات الدحرجة/ الزحف/ الحبو.
- مهارات الجلوس.
- مهارات الوقوف.
- مهارات المشي.
- مهارات الهرولة.
- مهارات الوثب.

- مهارات الحجل.

- مهارات التقاط الكرة.

- مـهارات رمي الكرة.

- مـهارات ركل الكرة.

- مـهارات استخدام مضرب التنس.

- مهارات السباحة.

وقـد يكون من المناسب عند الحديث عن البرامج العلاجية والتربوية للمعوقين حركياً الإشارة إلى برامج التأهيل (Rehabilitation Programs) وأهميتها لدى المعوقين حركياً، سواء أكـانت تلك البـرامـج في مراكـز التـربية الخـاصـة أو الأقسام الملحقة بالمستشفيات أو مراكز التدريب، ويقصد ببرامج التأهيل، تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة المعاق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج التالية:

١ - التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation) ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من النـاحية الجسمية، وذلـك من خلال تزويد المعـاق حركياً بالأطـراف الصنـاعية المنـاسبـة، أو استخـدام العـلاج الـطبيعي (Physical Therapy) والـذي يعني استخـدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء (Hydro Therapy) لبعض حالات الإعاقة الحركية.

٢ - التـأهيل المهني (Vocational Rehabilitation) : ويقصـد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

٣ ـ التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation) : ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل (Occupational Therapy) من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي.

□□□□□

المراجع

المراجع العربية

* أبو عليا، محمد مصطفى عبد الهادي، **السمات العقلية، الشخصية التي تميز الطلبة المبدعين عن غيرهم في المرحلة الثانوية على عينة أردنية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، حزيران، ١٩٨٣.

* أبو عزالة ، هيفاء ، جرادات ، عزت ، «**دمج المعاقين سمعياً في المدارس العادية**»، ورقة مقدمة إلى المؤتمر الخامس للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، عمان ٥ ـ ١٠/١٠/١٩٨٦.

* البسطامي، غانم، «**تحديد مستوى أداء الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في العمر ٦ ـ ٧ سنوات على مهارات القراءة العربية للصف الأول الابتدائي لعينة أردنية**»، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٨٨.

* البطش، محمد، الروسان، فاروق، «**التحليل العاملي للصورة الأردنية من مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة**»، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، المجلد ١٨ (أ) العدد (٢)، ١٩٩١.

* الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، **التقرير النهائي عن الندوة العلمية الثالثة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم**، دمشق، سوريا، ١٩٨٤.

* الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، **التقرير النهائي عن أعمال المؤتمر الخامس للهيئات العاملة في رعاية الصم**، عمان، ٥ ـ ١٠ تشرين أول، ١٩٨٦، الأردن.

* الحديدي، توفيق، **بحث عن تجربة مدرسة المتفوقين الثانوية بالجمهورية العربية المتحدة**، ورقة مقدمة إلى حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية، بإشراف جامعة الدول العربية، الأمانة العامة، الإدارة الثقافية، قسم التربية، القاهرة، ١٠ ـ ١٥، مايو/ أيار، ١٩٦٩.

* الخالدي، محمد علي أديب، **سيكولوجية المتفوقين عقلياً**، مطبعة دار السلام، بغداد، الجمهورية العراقية، الطبعة الأولى، ١٩٧٥.

* الخياط، عبد الواحد، **فاعلية جهاز الاوبتكون في اكتساب مهارة القراءة لدى الكفيفات في عينة أردنية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٨٩.

* الخطيب، فريد، «**التعرف إلى دلالات الفروق في الأداء على الصورة الأردنية المعدلة من مقياس جامعة ولاية متشجان لمهارات التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً من الطلبة العاديين والمعوقين عقلياً في الأردن**»، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأرنية، ١٩٨٦.

* الروسان، فاروق، **توظيف الكمبيوتر في تعليم الأطفال الصم والمكفوفين**، المجلة الثقافية، العدد الثاني، كانون الأول، ١٩٨٣، الجامعة الأرنية، عمان، الأردن.

* الروسان، فاروق، **منهاج المهارات الاستقلالية للمعوقين عقلياً**، مطابع وزارة الإعلام بدولة البحرين، ١٩٨٣.

* الروسان، فاروق، جرار، جلال، **دلالات الصدق والثبات للصورة الأردنية المعدلة من مقياس جامعة ولاية متشجان الأميركية للمهارات اللغوية**، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، عمان، العدد ٦، ١٩٨٦.

* الروسان، فاروق، وجرار، جلال، **دليل مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً**، مطبعة الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، ١٩٩٥.

* الروسان، فاروق، **العجز عن التعليم لطلبة المدارس الابتدائية من وجهة نظر التربية الخاصة دراسة نظرية**، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، العدد (١) ربيع ١٩٨٧.

* الروسان، فاروق، **دراسة مقارنة بين أداء الطلبة العاديين والمعوقين عقلياً على صورة أردنية، معدلة من مقياس المفاهيم العددية**، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، العدد الأول، ١٩٨٨.

* الروسان، فاروق، **إعداد وتدريب العاملين في ميدان التربية الخاصة في الدول العربية**، مجلة التربية الجديدة، بيروت، لبنان، العدد ٣٤، نيسان، ١٩٨٥.

* الروسان، فاروق، **برامج التربية الخاصة المتعلقة بالمعوقين عقلياً وسبل تطويرها في الأردن**، التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية واقع ومستقبل مؤسسات المعوقين في الأردن، بإشراف صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني ووزارة التنمية الاجتماعية، عمان، الأردن، ٢ ـ ٥ نيسان، ١٩٨٤.

* الروسان، فاروق، **أثر متغيري العمر العقلي والزمني في الأداء على مقياس مهارات الكتابة : دراسة على طلبة عاديين ومعوقين عقلياً في الأردن**، مجلة جامعة دمشق، العدد، ١٢، ١٩٨٧.

* الروسان، فاروق، العامري، أروى، **تطوير صورة أردنية لمقياس مهارات القراءة للمعوقين عقلياً**، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، العدد ٨، ١٩٨٨.

* الروسان، فاروق، البطش، محمد، قطامي، يوسف، «**تطوير صورة أردنية معدلة من مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة**»، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، المجلد ١٧ (أ) العدد (٤) ١٩٩٠.

* الزعبي، رفعه، **تطوير قائمة مفردات مقياس ستانفورد بينيه في صورة معدلة للبيئة الأردنية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، ١٩٧٧.

* الشنطي، راشد محمد قاسم، **دلالات صدق وثبات اختبارات تورانس للتفكير الإبداعي، صورة معدلة للبيئة الأردنية، الاختبار اللفظي «أ» والاختبار الشكلي «أ»**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، ١٩٨٣.

* الروسان، فاروق، يحيى، خوله، **منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين**، منشورات برنامج البحث التربوي والخدمات التربوية والنفسية، الجامعة الأردنية، عمان، ١٩٩١.

* الروسان، فاروق، **معايير الصورة الأردنية من مقياس السلوك التكيفي للمعاقين عقلياً**، مجلة كلية التربية، جامعة الدراسات العربية المتحدة، العدد (١٠)، يونيو ١٩٩٤.

* العلي، نصر، «**دلالات صدق وثبات، صورة معدلة ببيئة أردنية لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء، مراجعة 1960 الصورة LM في المرحلة التجريبية**»، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، ١٩٧٧.

* المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين، **دليل المؤسسات والجمعيات العاملة في مجال المعوقين بالدول العربية**، مطابع الحرس الوطني، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٩٨٣.

* المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، إدارة التربية، **مشروع خطة متوسطة المدى لدعم مؤسسات إعداد معلمي التربية الخاصة وتاهيل المعوقين في الوطن العربي**، ١٩٨٦ ـ ١٩٩٢، مطبعة المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، إبريل، ١٩٨٦.

* المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، إدارة التربية، **دليل معاهد إعداد معلمي التربية الخاصة وتأهيل المعوقين في الوطن العربي**، مطبعة المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، مايو، ١٩٨٦.

* المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، إدارة التربية، **دراسة جدوى إنشاء معهد عربي لإعداد معلمي التربية الخاصة وتاهيل المعوقين**، مطبعة المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ديسمبر، ١٩٨٣.

* القريوتي، يوسف، «**تطوير صورة معربة ومعدلة للبيئة الأردنية من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال**»، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، ١٩٨١.

* القريوتي، يوسف، جرار، جلال، **دليل الصورة المعربة من مقياس بيركس لتقدير السلوك**، مطبعة مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٩٨٧.

* بركات، لطفي، **الفكر التربوي في رعاية الموهوبين**، تهامة، جدة، اللملكة العربية السعودية، ١٩٨١.

* الروسان، فاروق، **تطوير صورة عُمانية من مقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقلياً**، المجلة العربية للتربية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ديسمبر، ١٩٩٥.

* جبرين، عمر، **«ديسلكسيا» عجز متميز في التعلم**، مجلة التربية، وزارة التربية والتعليم، قطر، العدد، ١٥، أيار، ١٩٧٦.

* جرار، صالح، **«تطوير اختبار مفردات مصور للطفل الأردني»**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٨٦.

* حامد، رياض، **معاهد ومؤسسات المعوقين في الأردن**، مطبعة الوفاء، عمان، ١٩٨٣، الأردن.

* خصاونة، أمل، **العلاقة بين التفكير الإبداعي والتحصيل في الرياضيات**، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التربية، جامعة اليرموك، «اربد» الأردن، ١٩٨٤.

* زهران، حامد عبد السلام، **علم نفس النمو**، عالم الكتب، ٣٨ سن عبد الخالق ثروت، القاهرة، ١٩٨٥.

* زيتون، عايش محمود، **تنمية الإبداع والتفكير الإبداعي في تدريس العلوم**، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان ـ الأردن، ١٩٨٧.

* وزارة التنمية الاجتماعية، مديرية التربية الخاصة، **دليل مدارس ومراكز التربية الخاصة العاملة في الأردن**، عمان، ١٩٩٤.

* سالم، ياسر عثمان، **دراسة تطوير اختبار لتشخيص صعوبات التعلم لدى التلاميذ الأردنيين في المرحلة الابتدائية**، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، العدد ٨، ١٩٨٨.

* سالم، سلفيا، «**تشخيص صعوبات التعلم النفس لغوية لدى الطلبة الأردنيين في المرحلة الابتدائية**»، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، ١٩٩١.

* الشويكي، غزاله، «**دراسة مسحية للغة الإشارة لدى الصم الكبار في عينة أردنية**»، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، ١٩٩١.

* صبحي، تيسير، **أثر استخدام الحاسوب على تحصيل المهارات العددية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان، ١٩٨٨.

* صبري، مصطفى عبد الرحمن، **بعض الخصائص الشخصية والتكيفية والخلقية للمتفوقين عقلياً في الأردن، مقارنة بالعاديين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، أيار، ١٩٨٣.

* صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، **تسجيل المعاقين في الأردن**، عمان، الأردن، ١٩٧٩.

* صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، **دراسات في تقويم المعوقين في الأردن**، المطبعة الوطنية، عمان، الأردن، ١٩٨٣.

* صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني بالتعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية، **التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية، واقع ومستقبل مؤسسات المعوقين في الأردن**، عمان ٢ ـ ٥ نيسان، ١٩٨٤.

* عبد القادر إسماعيل، **دراسة مسحية حول استعمال لغة الإشارة لدى الأطفال الصم فوق سن التاسعة في مؤسسات الصم الأردنية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٨٦.

* عقل، صلاح، **أثر أساليب التنشئة الأسرية في تنمية القدرة على التفكير الابتكاري عند طلاب المرحلة الثانوية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان الأردن، ١٩٨٣.

* عويدات، عبد الله، **المفردات الشائعة لدى الأطفال الأردنيين في الريف والبادية عند دخولهم المدرسة الابتدائية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٧٧.

* كباتيلو، زياد، **اشتقاق معايير أردنية محلية لاختبار رسم الرجل على عينة من الأطفال الأردنيين**،.رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٧٨.

* النجداوي، شرين، «**دراسة مقارنة بين الخصائص السلوكية واللغوية والأكاديمية للأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال العاديين في عينة أردنية**»، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، ١٩٩٥.

* منيزل، عبدالله، **تطوير اختبار ذكاء مصور لتقويم الكفاية العقلية للمعوقين عقلياً**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، ١٩٨١.

* مؤسسة المكفوفين الألمانية، ماربورغ، وجمعية مساندة تعليم المكفوفين، هانوفر، **فهرس الوسائل المساعدة لمعوقي البصر**، ماربورغ، ألمانيا الغربية، ١٩٨١.

* مكتب الإحصاء في اليونسكو، **عرض إحصائي لأوضاع التربية الخاصة في العالم**، «مجلة التربية الجديدة» مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، بيروت، لبنان، العدد ٢٤، أيلول، كانون أول، ١٩٨١.

* يونس، فتحي، **الكلمات الشائعة في كلام الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية وتقوية بعض مجالات تدريس اللغة في ضوئها**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٧٤.

المراجع الأجنبية

* Alonzo, Lou. et al. **Mainstreaming Preschoolers: Children with Visual Handicaps,** U.S. Department of Health,Education& Welfare, office of Human Development Services, Washington D.C. 1980.

* **Bleck,** Eugene E. & Nagel, Donald A. **Phisically Handicapped Children. A Medical Atlas for Teachers.** Grune & Stratton New York, 1975.

* **Burt, Cyril., The Gifted child,** John Wiley & Sons, New York, 1975.

* Compton, Carolyn, **A Guide to 65 Test In Special Education,**Faron Education , A Division of Pitman Learning Inc. Belmont CA, USA, 1980.

* Computer Science Department, Michigan state University, **Communication outlook,** Vol. No. 1 & 2, 3, 1978 & 1979, E. Lansing, Michigan, U.S.A.

* Davis, Alan W. & Shepard Lorrie A. **Specialists Use of Tests & Clinical Judgment in the Diagnosis of Learning Disabilities,** Learning Disablity Quarterly, V. 6. No. 2. Spring 1983, pp. 128 - 137.

* Elrousan, Farouq F. **Developing A Joranian Adaptation of The American Association on Mental Deficiency, Adaptive Behavior Scale, Public scholl version, part 1.,** Doctoral Dissertation, Michigan, State University, East Lansing, Michigan, USA, 1981.

* Elrousan, Farouq F. "**Uses Made of Information Derived From Assessment Regarding Mentally Retarded children**" A paper presented at The

13th International Conference of The International Association For Educational Assessment (IAEA), 9 - 13 November, 1987, Bangkok, Thailand.

* Eulenberg, John, Rahimi, Morteza & Hedges, Hary, **Artificial Language Laboratory,** Booklet, Michigan State University East Lansing, Michigan, 1976.

* Fidler, Gall S. & Fiddler, Jay W. **Occupational Therapy,** Macmillan Publishing Co., New York, 1963.

* Fitzgerald, Hiram E., Strommen, Ellen A. & Makinney, Paul. **Developmental Psychology: The Infant & Young child.** The Doressy Press Illinois, 1977.

* Forness, Steven R., Sinclair Esther, and Guthrie Donald. **Learning Disability Discrepancy Formules, Their use In Actual practice.** Learning Disability, Quarterly, Vol. 6. No. 2. Spring 1983, pp. 107 - 114.

* Furth, Hans G. **Deafness and learning,** Wodsworth Publishing Company, Inc. Belmont, CA, USA, 1973.

* Goldenson, Robert M. et al. **Disability and Rehabilitation Handbook,** McGrawHill Book Co. New York, 1978.

* Grossman, Herbert J. **Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation,** published by the AAMD, Washington D.C. 1977.

* Hallahan, Daniel. P. & Kauffman, James, M. **Exceptional Children: Introduction To Special Education,** Prentice - Hall. Inc. Englewood cliffs, New Jersey 07632, USA, 1981.

* Harber, Jean & **Issues In The Assessment of Language and Reading Disorders In Learning Disabled children,** Learning Disability Quarterly Vol. 3. No. 4. Fall 1980, pp. 20 - 28.

* Heward. William L. & Orlansky, Michael D. **Exceptional children.** Charles E. Merrill publishing Company, Columbus, Ohio, 1980.

* Kabatilo, Ziad, S. **A Pilot Description of Indigenous Signs used by Deaf Persons In Jordan,** A Ph. D. Dissertation, Michigan State Universtiy, East Lansing, Michigan, USA, 1982.

* Kaplan, Sandra N. **Providing Programs Fot The Gifted And Talented.** Office of The Vantura County Superintendent of Schools, Ventura, California, 1974.

* Katz, Lee, Mathis steve, & Merrill. Edware, **The Deaf Child in The Public Schools,** The Interstate Printers & Publishers, Inc. Danville, Illinois, 61832, USA, 1974.

* Kirk, Samuel A. & Gallagher, James J. **Educating Exceptional children.** Houghton MifflinCompany, Boston, 1979.

* Kirk, Samuel A. **Educating Exceptional Children,** Houghton Mifflin Company, Boston, 1972.

* Laporta, Rita A., Donald I. Megee, Audrey S. Martin and Eleanore Vorce, **Mainstreaming Preschoolers: Children with Hearing Impairment.** U.S. Department of Health, Education and Welfare, Washington D.C. 1978.

* Lerner, Janet W. **Children with Learning Disabilites,** Second Ed. Houghton Mifflin Company, Atlants, 1976.

* MacMillan, Donald L. **Mental Retardation In School and Society,** Little Brown and Company, Boston, 1977.

* McCandless, Boyd & Evans, Ellis. **Children & Youth: Psychosocial Development.** The Dryden press, Hinsdale, Illinois, USA, 1973.

* Noble John H., **Lingewite Social Face anx Infirmites, Le Carnets ole l'Enfance: L'enfant Handicappe,** No 53/54 UNCEF, 1981, p. 29.

* Okland schools, **Hearing Impaired Programming,** Vol. 1, Pontiac, Michigan, 1975.

* Riekehof, Lottie L. **The Joy Of Signing,** Gospel publidhing House Sprnigfield, Missouri, 65802, USA, 1978.

* Roblin, Jean; **Louis Braille,** The Royal National Institute For The Blind, 224 Great portland streat, London, W. I., England, 1984.

* Rutter, Michael & Schopler Eric, **Autism, A Reappraisal of Concepts and Treatment,** Plenum press - New York, 1979.

* Salvia, John & Ysseldyke James E. **Assessment In Special and Remedial Education,** Houghten Mifflin Company, Boston, 1978.

* Sapir, Selma G. and Nitzburg, Ann C. (Editors), **Children With Learning Problems,** Brunner/ Mazel publishers, New York 1973.

* Telesensory systems Inc. **Optacon,** Owner's Manual Model RID,3408 Hilview Arenue, Palo Alto, CA, USA, 1978.

* The industrie - Electronic GmbH & Co., IcG, **For Those Who Want to Work With Visually Handicapped** - A Booklet, pauerweg 4. Postfach 88 - D - 6104. Seehcim - Jugenheim 2 West Germany, 1983.

* Wallace, Gerald, and Kauffman James M., **Teaching Children with Learning Problems,** Charles E. Merrill Publiching Company, A Bell & Howell Company, Columbus, 1978.

* World Blind Union, **Save Your Sight,** Oriental Press, Bahrain, August, 1987.

* World Health organization, **Roport on Specific Technical Matters, Disablity Prevention and Rehabilitation** A 29/ Inf. Dec. 1, 1978, p. 18.



سيكولوجية الأطفال غير العاديين

Psychology of Exceptional Children

Introduction to Special Education

Dr Farouq Elrousan
Prof. of Special Education
The University of Jordan



عمان - ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء
تلفون ٤٦٢١٩٣٨ فاكس ٤٦٥٤٧٦١
ص.ب: ١٨٣٥٢٠ عمان ١١١١٨ المملكة الأردنية الهاشمية

ISBN 9957 - 07 - 013 - 4

